Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO.4

The Canada Health Act and the Future of Health Care Systems in Canada

by

Marie-Claude Prémont

McGill University

July 2002

The views expressed herein are solely those of the author and do not necessarily reflect those of the Commission on the Future of Health Care in Canada.

Contents

Highlights iv

Executive Summary v

I. The Meaning and Relevance of the *Canada Health Act*: One of the Great Achievements in Public Service 1
Introduction: Targeting the Core Issues 1
Constitutional Jurisdictions Over Health 1
Co-existence of Public Services and the Market Economy 2
The State's Role in Health Care 5
At the Crossroads of Two Options 5
The Public Service Option and the *Canada Health Act* 6
The Option of Support for the Health Care Industry 7
A Close Relationship between Public Services and the Tax System 8
The Relevance of the *Canada Health Act* in Light of Some Historical Opponents of Its Principles 9

II. Current Status of the *Canada Health Act* in Light of the Alternatives Proposed Today 11
The Complaints against the *Act* 11
The Avenues Pursued by the Detractors of the *Canada Health Act* 12
Alberta 12
Quebec 16

III. Conclusion 18

Bibliography 20

Highlights

The role of the *Canada Health Act* within public health systems in Canada must be examined on the basis of the core issues that it raises. Discussions of constitutional and legal technicalities no longer suffice, for the latter serve only to confront us with the impasse of the deep division that exists between those who support the constitutional validity of the *Act* and those who contest the constitutionality of the federal government's spending power in fields of provincial jurisdiction.

Basically, the public authorities can orient their interventions in the health sector along two main lines: that of the *Canada Health Act*, which prescribes the public service rules for ensuring that all citizens have the same right to access health care based on need; or that of erecting conditions favourable to the delivery and funding of services by private enterprise, the terms of which can notably be found in the plans and proposals for "modernizing" the *Act* that are emanating from Alberta and Quebec. This second option translates into a division of services and individuals into different categories, where right of access, coverage or the basket of services can be modulated according to a multitude of criteria for market segmentation. Under this second policy approach, the delivery and funding of health care services by private enterprise also require a substantial input of public funds in order to guarantee that the business' areas of operation remain profitable.

The principles of the federal *Act*, which are in blunt opposition to the principles that regulate the market, work to support the equality of all in the face of illness. For reasons peculiar to the Canadian legal structure and federal and provincial occupation of the taxation field, the *Canada Health Act* today serves as the keystone of the legal guarantee of health care funded and provided in accordance with the rules applicable to public services, in the face of the calls for its "modernization," which would reorient public intervention along the second line of policy, which is more favourable to private enterprise and acts to the detriment of the public interest.

Executive Summary

The role of the *Canada Health Act* within public health systems in Canada must be examined on the basis of the core issues that it raises. Discussions of constitutional and legal technicalities no longer suffice, for the latter serve only to confront us with the impasse of the deep division that exists between those who support the constitutional validity of the *Act* and those who contest the constitutionality of the federal government's spending power in fields of provincial jurisdiction.

The principles of the *Canada Health Act* have helped establish and maintain a health care system based on the concept of public service. They are of critical importance in ensuring the survival of health care as a public service within our market economy, which if not for targeted legislated protection would occupy all areas where a profit is to be made and abandon those where it is not.

A balance must be struck between the areas that respond to the rules of the marketplace and the public service areas whose active principles are opposed to them. The market economy is humanly tolerable and acceptable only by incorporating solid spheres of public service, at once tangible, meaningful and symbolic, where democracy and equality among citizens can be lived and experienced.

There are basically two main avenues that are open to Parliament in the health care sector. The first, that of the *Canada Health Act*, is the road on which Canada and each of the provinces have been travelling for some 30 years, where efforts are directed toward delivering health care based solely on the criterion of the need of patients, without regard for their ability to pay or their socio-economic status. In addition to their obvious recognition of the equality of citizens in the face of illness, the five principles of the *Act* also offer the best guarantees of the cost-effectiveness of the system.

The second possible avenue for public intervention in health care is that characterized by repeated calls for the "modernization" of the *Canada Health Act*, notably by Alberta and Quebec. Here, priority is placed on putting the public authorities at the service of private enterprise, whose viability and profitability require major public funding support in order to compensate for the economic reality of health care, which is that 4 percent of the population incur 50 percent of the costs. This option is based on certain principles that are contrary to the principles of public service, and translates into a segmentation of markets and coverages where it is the mission of the public sector to provide basic services or to assist the most vulnerable segment of the population.

The structure of the taxation system in a jurisdiction is another indicator of the orientation of public programs. A public service program such as health care, which is characterized by a substantial redistribution of wealth, can only be supported by progressive taxation measures. The recent trend to a regressive taxation system, observed at both the federal and provincial levels, raises a good deal of uncertainty as to the future directions of the health system.

The introduction of a public service program has never received unanimous approval. When delivery of a good or service is removed from the market rules that drive the profitability of an

industry, it is normal for the excluded industry to act in its own interest and promote reform of that sector so that it can reoccupy potentially lucrative outlets.

The reform programs originating in Alberta and Quebec are firmly based on this second avenue of public support for the funding and private delivery of health care. Not only do these projects jeopardize the concept of public service protected by the *Canada Health Act*, they also put health dollars at the service of the profitability of the health industry, which primarily consists of for-profit insurers, health care delivery and management firms, and information and telecommunications management firms.

Alberta has made its policies clear with the *Health Care Protection Act*, while the Mazankowski report goes even further in pursuing the methodical dismantling of the Medicare system to the benefit of for-profit enterprise.

Although it has not yet formalized its policies in legislation, Quebec shows every sign of taking a similar direction, in light of the Arpin and Clair reports as well as the introduction of the prescription drug insurance plan, whose principles are contrary to the concept of public service. These orientations are confirmed by the text of the draft bill on the *Québec Health Card Act*, discussed by a parliamentary commission in winter 2002.

In the face of these calls for "modernization," the federal government's role in maintaining public service principles for all health care could well be critical to the future of health systems and Canadian society.

I. The Meaning and Relevance of the *Canada Health Act*: One of the Great Achievements in Public Service

Introduction: Targeting the Core Issues

It is important at this stage in the history of Medicare to target the core issues of the *Canada Health Act,* which are to be distinguished from the technical legal issues or political strategy issues that have marked its course. There is no question that there have been sharp constitutional disputes between the provincial and federal powers since the very first talks about introducing a health and hospital insurance program, and that they persist today. No program of such social importance could forego the debates, oppositions and struggles that move any democratic society forward. The main thing is to correctly define the issues and interests favoured by the various opposing arguments.

Health law, in its technical specifics of a legal and even constitutional nature, cannot give us the whole story. The history of the establishment of public health care systems in Canada is characterized by political competition between the two levels of government in which the political strategy of both camps has often prevailed over orderly co-ordination in the best interest of the public. This has been skilfully described elsewhere (Taylor, 1987, 1990; Maioni, 1998). The situation at this dawn of the 21st century urges us, rather, to analyse the core issues facing the *Canada Health Act*, too often relegated to the background by constitutional debate, so as to press an agenda that deserves to be discussed more openly instead of being kept enclosed in its technical legal dimension. In short, the constitutional issues proper to Canadian health law will not be covered in this essay, except in the next section, to situate them summarily in their current context. This text will be concerned with the basic issues that emerge from the complex relationship between health care as a public service and the market economy, so as to better understand the role now played by the *Canada Health Act* at the heart of this dialectic.

Constitutional Jurisdictions Over Health

The Canada established with the *British North America Act* was a newly industrializing society of the 19th century that had little in common with the society that would gradually take shape a half century later in the wake of the Great Depression of the 1930s and two world wars. The *Constitution Act, 1867* is a faithful representation of accepted theory and practice on the role of the State in the second half of the 19th century, as can be seen from its total silence on spheres of jurisdiction that would later require constitutional amendments (such as unemployment insurance in 1940) or federal-provincial agreements (such as the agricultural products marketing framework). The 1867 text has nothing to say about the funding and organization of the health care system as we know it today. A legal or constitutional text cannot deal with what does not exist, either in fact or in its authors' imaginations. In 1867, health care could not be conceived apart from the strictly private sphere of the family, the intimate relationship between doctor and patient or, on its largest scale, as the business of religious or charitable organizations. It was as inconceivable for the Fathers of Confederation to anticipate the role that the State would play in

the health field as to predict the radical changes to the tax system that would come with the 20th century.

In fact, the 20th century dramatically altered this limited conception of the State's role which informed the text of 1867. In the face of a constitutional document designed for another age, the wave of social change succeeded in reformulating relations between citizens and the operation of the economy. The emergence of social law, culminating after a lengthy process in the introduction of Medicare, had to be worked out through various arrangements, all of which were the subject of lively political, social and legal debate and opposition.

One cannot help but notice today how difficult it is to correlate the constitutional jurisdictions over health as prescribed in the *Constitution Act, 1867* with the legal structure of the system that was set up in the 20th century. The federal government has intervened in the field of health primarily on the basis of its spending power and the criminal law, while the provinces' interventions are attached to their jurisdiction over hospitals, property and civil rights, and more generally, matters of a local and private nature (Jackman, 2000).

While there is consensus regarding the constitutional bases for the intervention of each level, there is deep division over the validity of those jurisdictions (Lajoie, Molinari and Auby, 1981, chap. 1; Hogg, 1988). For proof, we have the findings of Quebec's recent Commission sur le déséquilibre fiscal [commission on fiscal imbalance], which concludes in one of its research reports that the constitutional validity of the federal spending power in matters of provincial legislative jurisdiction remains contentious (Quebec, 2002). It must be recognized that constitutional law experts are divided on the significance of the key rulings on this subject (*Winterhaven*, 1988; *Reference Re the Canada Assistance Plan*, 1991; *Eldridge*, 1997): some see them as supporting the federal jurisdiction that underlies the *Canada Health Act*, while others firmly challenge their constitutionality.

Co-existence of Public Services and the Market Economy

Every legislature in the country is faced today with the huge challenge of maintaining the areas of public service set up in the course of the 20th century. Every sphere of public service requires legislative intervention to provide for both its principles and its articulation. It is a peculiarity of the *Canada Health Act* that it can be limited to principles alone, on account of the structure of Canadian federalism and its characteristic fiscal imbalance. This means that it is the provinces that must see to its articulation, in all of its complexity.

Here it is revealing to compare two sectors of public service where federal transfers make up a significant share of funding: health and higher education. Unlike the health sector where federal transfers are conditional upon compliance with the conditions prescribed in the *Canada Health Act*, federal transfers in higher education are not subject to similar conditions to protect universal accessibility regardless of socio-economic status. In the 1990s, a number of provinces adopted a policy of deregulation or authorization of tuition fee increases that resulted in a hike in university tuition fees not seen in 30 years, particularly in professional faculties or those with strict quotas. Wide disparities in tuition fees can now be found in the different parts of Canada

and in universities across the country. For example, a university education in law for the academic year 2002-03 will demand of students a mandatory annual expenditure (tuition plus related costs) of $2,050 at Laval University compared with $14,800 at the University of Toronto. At the same time, the marked increase in tuition across the country shows how much ground the concept of public service as applied to university education has lost across Canada over the past decade.

The provincial jurisdiction over education that is clearly set forth in section 93 of the *Constitution Act, 1867* has prohibited the imposition of legislative conditions on federal transfers. The conservative policy agendas of certain governing provincial political parties have been evident in a gradual and steady increase in tuition fees, with no possible curb from the federal financial backer. Meanwhile, being confronted with an overall reduction in federal social transfers, provincial health care systems have undergone certain organizational reconfigurations (hospital closures and institutional consolidations), without the provinces being able to jettison the principles of public service underlying those systems. This comparison between health and university education does not allow us to conclude that the federal legislative presence in the health sector is the reason why the concept of public service is being maintained in that sector across the country. The corollary to such a conclusion would be that the absence of any conditions on federal transfers in university education is the reason why accessibility is dwindling in many Canadian provinces. Such conclusions are inappropriate because they fail to consider other actions of the federal government that are also promoting the reduced provision of health care along public service lines. The drastic and unilateral reduction of federal transfers and the consolidation of social programs under the CHST (Canada Health and Social Transfer) in 1996, which at the same time became a tool for fighting the federal deficit, remind us that the federal government, no less than the provinces, often pursues an equivocal policy where measures that support the delivery of public services stand cheek by jowl with measures that weaken its very foundations or objectives. In short, it is important not to simplify our analysis of the situation by ascribing to one level of government or one party in power all the virtues or all the sins of promoting public service rules or market rules.

Given the expression by certain provinces of intentions to undertake health reforms that are contrary to the principles of the *Canada Health Act*, we can posit the hypothesis that the *Act* has become key to maintaining the principles of public service in the health sector.

The core issues of the *Canada Health Act* are highlighted by its five central principles (public administration, comprehensiveness, universality, portability and accessibility), which form the framework for the concept of public service as applied to health care services in a powerful market economy. To analyse the history surrounding the *Canada Health Act* is in fact to read a capsule version of how capitalism evolves in a democratic system. The slow development of Medicare is the result of democratic debate regarding powers conceded and then wrested from market forces in order to determine how a population is allocated health care products and services. There are two crucial aspects to the co-existence of a public service and a market economy. The first is that their active principles are fundamentally opposed. Whereas public service has to honour the equality of all citizens, delivery of goods and services on the market takes place on the contrary by segmenting the various market niches so as to better profit from their differentiation. The second aspect of this co-existence, now too often forgotten, is that each

sphere is dependent on the other. The funding of public services depends on a sound economy, just as the social viability of the market economy depends on respect for areas of public service. Hence the stability of the entire democratic, market-economy system rests upon the fragile but vital balance between these two active principles. Try to eliminate one and you will put the other at peril. The market economy is humanly tolerable and acceptable only by incorporating solid spheres of public service, at once tangible, meaningful and symbolic, where democracy and equality among citizens can be lived and experienced.

The *Canada Health Act* presides over an interjurisdictional legal structure with remarkable simplicity and legislative efficiency. With its 26 sections, the *Act* states the fundamental principles of public service that the provinces must respect in organizing services within their borders in order to benefit from federal transfers. The structural intersection effected between the taxes collected by the two levels of government, the federal legislation and provincial responsibilities for health is such that the *Canada Health Act* can ensure that the entire Canadian population is provided with health care that is available outside the rules of the marketplace, which in any case have demonstrated their patent inability to guarantee all citizens equitable access to health care at the lowest cost.

The contemporary importance of the *Act* can be measured by the convergence and the force with which it is now being contested not only by business communities but by a series of reports or policies originating in the various Canadian provinces as well as the federal apparatus itself. Far from indicating that it is outmoded, analysis of the reasons for opposition to the *Canada Health Act* (Section II) demonstrates on the contrary how fully relevant it is. The main arguments for scrapping the concept of public service – such as the panic generated about the ageing population, which is said to be liable to jeopardize the system's sustainability – have to be put in perspective (Lefebvre and Soderstrom, 2000; Frankman, 1998). It is primarily by analysing the alternative programs emanating from Alberta and Quebec, which present some substantive objections to the *Act* (as opposed to objections based on constitutional legal technicalities, as alluded to earlier), that we propose to demonstrate how crucial the *Canada Health Act* is at this stage in the evolution of Canadian health care systems.

Not only does the *Canada Health Act* hold a central, symbolic place on the Canadian scene, but it is equally relevant in terms of the current planet-wide campaign for democratic values and human rights against the globalizing thrust of the rules of a marketplace whose most lucrative and most significant segment is controlled by big multinational corporations. Objections to legislated public service enactments such as the *Canada Health Act* have been picking up since the last decade. We are seeing more and more attempts to occupy and transform areas of public service created by hard-fought struggle in the 20th century, and more and more positions from which such attempts are launched. This movement has generated a wave of massive privatizations from which few countries have been spared (Collier, 1997) and against which the populations affected are beginning to openly express resistance. It is in this general contemporary context that the meaning of the *Canada Health Act* must be understood.

The State's Role in Health Care

At the Crossroads of Two Options

Contrary to widespread opinion, minimum State intervention is not a distinctive characteristic of a market economy. Quite the opposite: the advance of market economies has necessitated abundant and elaborate State regulation in all fields, including those where work emblematic of free enterprise is carried out, such as industrial production. To give an example from the health sector, the *free* exercise of the health care industry in the United States requires inextricable regulations of greater quantity and complexity than the equivalent Canadian regulations (Morone, 1992). The difference between the legal spheres for the exercise of free enterprise and for the exercise of a public service lies not in the presence or absence of State regulation but in the different nature of the regulation. In the free enterprise context, the main object of public intervention is to promote the profitability of business (while protecting citizens from the most flagrant abuses), particularly through measures of direct and indirect support in a multitude of forms. In the public service context, the main object is to ensure the equitable distribution of a good or service to all citizens without distinction as to their socio-economic status.

For the consumer in a market economy, ability to pay plays a decisive role in the accessibility of certain goods and services. For instance, family incomes are largely responsible for the value of the houses where those families live, the class of restaurants they patronize, or the type of vacations they can take. The legal system grants commercial enterprises the freedom to exploit the financial capacities of the various market segments, thereby sanctioning the social acceptability of the marked differences in consumption of those segments. To maintain the acceptability of these disparities in consumption, the legal system provides for minimum targeted and temporary assistance to persons whose income falls below a certain threshold. This is the form taken by social regimes such as welfare, unemployment insurance or the Canada Pension Plan. It is the function of these social security programs, which act as a lifebuoy, to maintain the acceptability of the rules of the marketplace by taking over if the system should fail certain persons at certain times. This safety net protecting individuals from an unacceptable failure serves as a buffer to the full exercise of economic and legal freedoms in the market economy.

After testing the rules of the marketplace in all sectors, a strong majority of countries have agreed that the minimum financial safety net was insufficient on its own to meet certain specific categories of essential human needs. These are goods or services that the social sciences recognize as falling within the class of public service, or *public good* (or *merit good*), depending on one's particular tradition or discipline. For reasons that have as much to do with economics as human behaviour, it is recognized that effectiveness is substantially increased when these goods are offered to all in kind according to need, instead of as advance payments in order to procure them on the market. Education and health fall into this category. The financial safety net cannot prevent human failure caused by ignorance or illness, because the rules of the marketplace are structurally incapable of adequately responding to such things. The great majority of OECD countries have effectively established a legal system for education and health that is distinct from those rules. The organization of health care services in the countries of the European Union partakes overall of a public service perspective (Berthod-Wurmser, 1994). Individuals' ability to

pay must not dictate the right to access a higher education or health care. A corollary to this is that it is considered unacceptable for one segment of society to be able to profit from the suffering of others, especially when misfortune confronts a person with a terrible choice such as paying for medical treatment or the family's food and housing.

Although the triumph of public service within market economies is too seldom recognized for its true worth, its entrenchment in our modern legal systems represents one of the greatest achievements of the last century, on a par with the adoption of the charters of human rights. In short, the essence of the *Canada Health Act* derives from its entrenchment in the Canadian legal structure of the principle of public service for health care. In that sense, the *Act* is a democratic monument to human dignity, which has the immense and rare quality of taking tangible, eloquent shape in the life of every citizen. The contribution of the health care system to social cohesion in each of the Canadian provinces and territories is inestimable.

From the economic perspective, there is near unanimity on the fact that the rules of the marketplace are in themselves inadequate to meet the health needs of an entire population. Even the fiercest supporters of the liberal economy acknowledge that the public authorities have a role to play. Where the consensus fails is on defining the nature and scope of the role of public intervention. There are two main options before us. The first is the route taken by the *Canada Health Act*, and the second is typified in the repeated calls to "modernize" that piece of legislation. It is therefore important to sketch these two main options for public intervention in the health care field.

The Public Service Option and the Canada Health Act

The first option for intervention by the public authority, the one that has been adopted by Canada and its provinces, is based on two axioms: the legal equality of persons confronted with illness and death, and pursuit of the cost-effectiveness of the health care system.

In legal terms, through its five principles, the Canadian *Act* posits for each Canadian the same right to access medically necessary health care services. Cumulatively and in interaction, those principles say that access to health care must be based solely on need for medical treatment, regardless of the citizen's status or ability to pay. At the same time, they favour the *scientific* character of the decision on medical treatment, as opposed to an arbitrary determination based on the individual's membership in one group or another. The disregarding of socio-economic status as a criterion for access to care means that the decision will not be made arbitrarily on the basis of the patient's insurance coverage or influenced by the profit motives of an organization in charge of health care management or delivery. In short, according to the *Canada Health Act*, the determination of the medical treatment that a patient's condition requires is totally divorced from the person's financial capacity or social position. The key element in deciding on health care is the professional judgment of the physician, in discussion with the patient, structurally sheltered from all interference with the latter's socio-economic status. The level of decision making on care is brought as close as possible to delivery of the care, that is, to who directly provides and receives it. At a more macro level, the budget cuts to health over the past decade have contributed to the emergence of another level of service allocation based on the

limiting and rationing of the services offered. Waiting lists and treatment delays have served as a reminder that appropriate funding and organization of services also have a central role to play in determining the accessibility of services. The problems of prompt accessibility to health care experienced in recent years call for adequate correction before they render the Medicare system even more fragile.

The public service concept as applied to health care makes a very important contribution to the still-fragile balance between, on the one hand, the requirements of democracy, which seeks expression of the principle of the equality of citizens, and on the other, the precepts of the marketplace, which in a constant quest for profit operates according to a different logic that must look to the economic disparities between market segments for its structural foundations. Canada, in concert with the Canadian provinces, which have often been the driving force or catalyst in devising solutions, has found this balance by removing health care funding from the dictates of the market and attaching it to the tax system. The result is a fiscalization of health care funding, where the principle of contributions commensurate with ability to pay must govern the collection of funds.

In economic terms, the superiority of a universal public health care system as the most effective possible provider of quality care for an entire population no longer needs to be demonstrated (Deber, 2000; National Forum on Health, 1997). The economic arguments that break with the public service principles of the *Act* are being advanced in defence of interests likely to be served by them (Frankman, 1998).

If one had to identify which of the five principles of the *Canada Health Act* is its real nucleus, one would have to opt for universality, which guarantees the same conditions of access to health services for every citizen. This principle is in direct opposition to any form of variable coverage based on the risk posed by the patient, or on the patient's employment or employability, age, income or membership in a given group, to name just a few examples of the criteria of differentiation. Universality is also incompatible with all impulses to administer means tests to patients or to consider criteria other than those of the patient's medical needs in guiding a decision on medical treatment.

The *Canada Health Act* offers the most efficient principles for preventing health dollars from being spent on purposes other than delivery of health care to patients. The administrative costs of the Canadian health system are among the lowest in the world, whereas the American system has the highest administrative costs among the OECD countries. One comparison put the annual figures at US$18 per capita in Canada versus US$95 in the United States (D'Intignano, 1992). As to the medical care costs themselves, the Canadian regime embodies an integrated system of cost control in establishing a balance of power between the single funding source and the providers, as represented in particular by the physicians who have organized within powerful bargaining units.

The Option of Support for the Health Care Industry

The second option for public intervention in health gives priority to the State's role in supporting business. Here the State acts both as arbitrator and facilitator so as to promote the

cost-effectiveness of the health sector, but also intervenes as financial backer. As a counterbalance to promotion of the private sector's cost-effectiveness, a range of auxiliary measures must be implemented in order to contain the system within limits that are tolerable for the populace, and particularly for that segment likely to have substantial health care needs.

The characteristics of the health-care economy are known and recognized (Evans, 2000). The unpredictability and exorbitant cost of certain treatments place the health risks beyond the scope of most families and individuals. Patients' options in the face of the complexity of illness are limited, and require them to rely to a very large degree on the scientific expertise of the health care professional. The state of need and powerlessness in which they find themselves puts them in an exceptionally vulnerable position. Because of these characteristics, health care falls into a special economic category. Furthermore, countrywide, about 4 percent of the population incurs 50 percent of health care costs (D'Intignano, 1992), which represent roughly 10 percent of the GDP of industrialized nations, making this one of the biggest sectors in developed economies.

Under these conditions, it is clear that maximizing the health care industry's profit opportunities requires substantial intervention by the public authorities, both through their regulatory power, which must be placed at the service of a business-friendly system, and through public monetary contribution to the industry's operations. For the moment, however, both the *Canada Health Act* and provincial health legislation prohibit such direct and indirect public subsidies to the health care industry (Flood and Archibald, 2001). Moreover, developing areas of profitability for business in the health sector requires that the public authorities take charge of depressed areas of the market concentrated in disadvantaged segments of the population.

A Close Relationship between Public Services and the Tax System

The major public services fields that emerged in the 20th century were supported by a profound reform of the tax system of those nation-states that decided to take this route (Ardant, 1972; Bouvier and Wolff, 1973). The structure of the taxation system is closely connected to the viability of the services it finances. For 30 years, the tax revenues of both levels of government have successfully provided every citizen with access to health care without regard for socio-economic status, serving as the vehicle for substantial redistribution of wealth.

The fairness of a health care system must be based on a taxation system that is likewise characterized by its fairness. The federal and provincial taxation system in Canada has been considerably modified over the past decade, notably insofar as it has suffered certain blows to its progressive nature (Lareau, 1998). As it has become more fragile, the tax structure has transmitted these effects to the health system which it funds. Numerous indicators of a fragmentation of the taxation system have manifested: there has been a substantial falling-off in corporate contributions to the income tax class (Sargent et al., 1998), which has been offset in part by the introduction of a regressive commodity tax at the federal level (the GST). Quebec has introduced a business tax exemption policy that affects much of its industry, whose economic growth can now be tax-sheltered – including tax contributions to the provincial health care services fund. The "free zone" mechanism has emerged, whereby industry can pursue its

activities while sheltering its revenues, or a portion of them, from taxes, while certain individuals are now entitled to regimes that exempt them from tax contributions (APFF, 2001).

As the war on public deficits has been accompanied by major changes to the structure of the Canadian tax system, the trend toward fiscal division and fragmentation can only have a negative impact on the funding of the health system. The State-endorsed race of economic agents to become internationally competitive has translated into major changes in the tax system which have reduced the fiscal resources that can be allocated to social services, while subsidies to private enterprise accelerate.

One has to acknowledge the close relationship that exists between the principles of the taxation system and those that govern such an important program as the health care system. It has been possible to set up the Medicare system only by working in step with a progressive taxation system that shares the same principles of solidarity as Medicare. The recent tendencies toward fragmentation taking shape within the country's taxation systems can only raise fears for the preservation of the principles of solidarity of the heath care system that are protected by the *Canada Health Act*.

The Relevance of the *Canada Health Act* in Light of Some Historical Opponents of Its Principles

The provincial health care programs have not been installed with the blessing of all sectors of society. The insurance industry and professional corporations of physicians, whose practices were liable to see radical change, were especially active in mounting an organized opposition throughout the discussions that preceded introduction of the public plans. The insurance industry saw a market sector that was escaping its grasp, while the physicians – who could see some personal interest by dint of the income security resulting from the plans but were afraid of tighter control over their financial arrangements – refused to become employees of the government, and opposed the ban on soliciting more substantial fees from their more well-off clientele (Fuller, 1998). An alliance was created between the insurance industry and the professional physicians' corporations in order to better organize opposition to Medicare – an opposition that had every appearance of a call to a crusade in the name of free enterprise.

The opposition strategy that was quickly put in place by this alliance was to militate in favour of a form of regulation that worked like a public subsidy for private insurance, so as to allow the most disadvantaged to obtain private coverage by means of public funds. The work of the Hall Commission had shown that between 54 and 76 percent of the population needed public assistance to purchase private insurance coverage on the market (Canada, 1964). Given its fear of government regulatory intervention, the alliance also tried to minimize the crudest defects of the system. A number of physicians' associations, in concert with certain hospitals, set up not-for-profit health insurance programs to meet the glaring needs of a clientele unable to pay regular market premiums. The Hall Commission, after carefully analysing the situation, noted the relevance and superiority of the tax-funded model in correcting the many distortions, major inequities and high costs of the consequences of segmentation of health risks by private insurance, for both the government treasury and the patient (Canada, 1964). The haste in

preparing for the worst was captured well by the president of the Ontario Medical Association when he said in 1939: "If we do not socialize ourselves and develop proper techniques of service, governments will be forced to try their hand" (Fuller, 1998, p. 32). This pre-emptive strategy temporarily bore fruit when Alberta adopted in 1963 a subsidy plan so the poor could buy private insurance (*Manningcare*). The method was used again 30 years later, to counter demands to extend the field of application of the *Canada Health Act*, with the 1996 passage in Quebec of a prescription drug plan based on risk segmentation (*Act respecting prescription drug insurance*, 1996; Soderstrom, 1996). It must not be forgotten that the adoption of public health care plans represented a defeat for the insurance industry.

II. Current Status of the *Canada Health Act* in Light of the Alternatives Proposed Today

The Complaints against the *Act*

Now that the federal government finds itself on the defensive before the barrage of calls to amend or "modernize" the *Canada Health Act*, it is important to analyse the content of the alternatives being advanced. First it must be noted that the tone is becoming shriller. Critics no longer hesitate to openly ridicule the principles of the *Act* by comparing them, for example, to the *Ten commandments* (Leblanc, 2002*b*) or an *open bar* (Leblanc, 2002*a*). The ideological confrontation between public service and market dogma at this dawn of the 21st century is once again proving as highly charged as ever.

The *Canada Health Act* has a clearly defined purpose: to ensure that health care is delivered to all Canadians in accordance with the principles of public service. The *Act* poses certain major obstacles to any project that would stray from public service principles, obstacles which have thus far proven effective. It is precisely this that testifies to the *Act*'s effectiveness.

It is important to remember that not only is the provision of services by the private sector not prohibited by the *Canada Health Act* or provincial legislation, but that, on the contrary, the private sector already plays a predominant role here with a significant share (data which unfortunately are not collected by the Canadian Institute for Health Information [CIHI]) of public health care funding, which goes to pay private providers of medical goods or services. Physicians in private practice account for a large part of the health budgets administered by their recipients, according to the rules of the entrepreneur who manages his own time and organizes his own work. Prescription drugs, which account for a growing share of health costs, are sold by companies whose profit margins are among the highest in any industrial sector. Private laboratories supported by public budgets are also seeing their market share grow. To talk about a public monopoly in the health field is misleading when the private sector is already channelling a large chunk of the 70 percent of public health spending, while at the same time representing 30 percent of total health spending (CIHI, 2001). As Professor Evans says: "The Canadian form of Medicare is not 'socialized medicine' but rather 'socialized insurance'" (Evans, 2000).

So it is necessary to clearly identify the nature of the obstacles raised by the *Canada Health Act*. This can be facilitated by examining certain current provincial projects. The proposals emanating from Quebec and Alberta call for the *Act* to be "modernized" or made more flexible; basically they aim to compel greater participation by the private sector, not just in terms of total sales, but chiefly in order to modify its role and function. In short, although the private sector is currently an important player in health care delivery in Canada, for the moment it operates in a manner compatible with the *Act*. The exhortations to "modernize" the *Canada Health Act* would introduce a mode of operation for the private sector that has little in common with what we now know, and which would be contrary to the prescriptions of the *Act*.

Three distinct levels of transformation of the health system are being pursued: increased privatization of health care delivery (delivery by companies), privatization of the funding of

health care, and privatization of the mechanisms for integrating these two dimensions. To employ a shortcut, if we take "privatization" to mean increased participation of the for-profit private sector in areas of public services, the most frequent mechanism for this is private-public partnerships.

The Avenues Pursued by the Detractors of the *Canada Health Act*

The political agendas of Alberta and Ontario (Ontario, 2000*a* and *b*) leave no doubt as to the desire to reduce the areas of public service (Leduc Browne, 2000). The situation in Quebec is harder to decipher, in that the orientations proposed and followed often contradict official statements, which themselves are difficult to reconcile with certain emerging political plans.

To illustrate the central role played by the *Canada Health Act* in protecting health care as a public service, the plans in Alberta and Quebec will be examined.

Alberta

With the passage in May 2000 of the *Health Care Protection Act* (2000), (Bill 11, c. H-1), the Ralph Klein government made known its directions for the future of the health care system in Alberta. While the complex drafting of the statute might leave some doubts as to longer-term objectives, the recent government-approved report of the Advisory Council, chaired by D. Mazankowski (Alberta, 2001), removes those doubts completely.

The Alberta *Act* is of great interest in analysing the crossroads at which the federal government today finds itself. It reflects a fairly radical ideological opposition to the *Canada Health Act*, yet at the same time it has to aspire to respecting the principles of the *Act* so as to avoid too obvious a contravention of its prescriptions, for fear of sharp opposition to the project being expressed by the people of Alberta and of triggering the sanctions prescribed in cases of non-compliance.

The Alberta *Health Care Protection Act* opens the door to a thorough remodelling of the Albertan health care system and its fundamental social principles, by straying from the concept of public service entrenched in the *Canada Health Act*. Both the funding and the delivery of health care are converted and diverted to the benefit of for-profit enterprise. Contrary to the Canadian *Act*, which guarantees an airtight separation of funding and care delivery, the Alberta statute integrates and links these two functions.

In the area of care delivery, we see the emergence of a new player: the for-profit "surgical facility," which can simultaneously provide publicly funded and market-funded care. Furthermore, public hospitals providing insured and uninsured care must open their facilities to for-profit operations.

In the area of funding, the full fiscalization of health care funding comes to an end, since the statute creates the concept of the "enhanced medical good or service," which must be purchased

on the market while at the same time qualifying for a substantial public subsidy to the facility via two mechanisms provided for in the statute. The first mechanism is the co-existence of insured and uninsured services in the same institutions, in the public hospital and surgical facility alike, with managers given full discretion to have uninsured services funded by insured services, not to mention the structural exposure to abuse and cross-subsidizing or to discounts that elude public control thanks to the flexibility of the contract, whose terms and conditions can vary as the negotiating parties see fit. The second mechanism is "facility services," which the statute defines as "medically necessary" [s. 29(g)] and which could therefore receive public funds even when provided for uninsured care, while also permitting extra billing of the patient, who is now a consumer. What the Alberta statute creates, then, is a plan for subsidizing the for-profit surgical facility with public health care funds.

The "enhanced medical good or service" serves as a basis for this new structure where health dollars are used to fund profit-making businesses. Section 5 of the *Act* gives a glimpse of the abyss into which this notion threatens to cast the health care system. The physician must, of course, inform the patient that the enhanced service generates certain charges, but above all he must explain that the service is not medically required, even though it is suggested all the same. One may wonder why a physician would recommend a good or service that is not medically required. There is obviously nothing scientific about such a notion, it has nothing to do with overall control of health costs, and it does not aim to improve patient services. Its object is to ensure the profitability of the for-profit surgical facility with the assistance of a constant flow of public health dollars. The distinction that is made between enhanced medical care and necessary care as determined on a case-by-case basis by the physician [s. 29 (f)], subject to any announced regulations [s. 25(1)(h)], is open to the worst abuses observed in the American health care system. This structure fosters situations of conflict of interest for a physician caught between his professional role as an advisor in the best interest of the patient and his role as member of a business concern. The *Act* recognizes this danger, since it provides in paragraph 8(3)(g) that mechanisms for monitoring conflicts of interest and ethical issues are among the many criteria by which the Minister must be guided when approving an agreement signed between a facility and the Health Authority. The broad discretionary power in designating surgical facilities that is conferred upon the Minister [sections 7, 8, 13, 14 and 15], protected by a privative clause [section 23], augurs nothing worthwhile. This is an example of public administration that has reverted to its classic 19th-century role, which exerts its power by ratifying a plethora of contracts negotiated one-by-one.

Basic, publicly funded services serve to provide constant funding for profit-making facilities that will be able to recover their expenses as they deal with a public administration that is reduced to the status of a mere partner that negotiates by contract. The same facilities will subsequently be able to make their profit on uninsured services all of whose fixed expenses have already been covered by public funding. The scenario raised by the Alberta statute is most disturbing in terms of both the effectiveness and the sound management of public funds, not to mention the perversion of the concept of public service that it ushers in.

While a superficial reading of other provisions of this statute might suggest that their purpose is to protect the population of Alberta, these too are powerful mechanisms for subsidizing the

surgical facility. For example, subsection 5(6) of the *Act* states that when the standard medical service is not available, a patient who has previously refused the enhanced service will have access to it without having to pay. The contractual agreements will not fail to stipulate that the Health Authority will then pick up the bill of the facility, in whose interest it will be to reduce the availability of standard goods or services to the minimum in order to force the public funding of enhanced services. In reading section 2, which restricts major surgical operations to public hospitals, one must keep in mind that the for-profit surgical facility is free to select by contract the insured procedures of its choice, taking the opportunity to direct the most lucrative operations to the private sector.

The co-existence within the same institutions of insured and uninsured services, with the mechanisms described above, offers a structure that is not only conducive to but inherent in the two-tier system, in which one client's money and private insurance coverage give him or her priority over another whose coverage is limited to public insurance. The prohibition of queue jumping in section 3 and its maximum penalty of $100,000 could prove entirely futile when the distinction between insured and uninsured service is based on the physician's offer to the patient to take advantage of an enhanced medical service that is not medically required, which is not an insured service within the meaning of section 3. Who could then argue a violation of section 3?

The program of the *Health Care Protection Act* would doubtless be sufficient in itself to endanger the sustainability of the Medicare system, as it lays the legal foundations for the cost-effectiveness of the for-profit surgical facility. But the Premier's Advisory Council on Health for Alberta, which is provided for in that statute [sections 27 and 28] and whose report was released on January 8, 2002 (Alberta, 2001, hereafter the Mazankowski report), takes the structural and legal proposals promoting the profitability of the health care industry even further. Mr. Klein has been quick in announcing his firm intention to take action on this report.

In the same spirit as the statute from which it proceeds, the Mazankowski report is even more clearly in opposition to the fundamental principles of the *Canada Health Act*. It brushes aside the central principle of socialization of health care costs, even for the portion of care maintained in the public system. The thrust of the Mazankowski report is to complement the measures provided for in the *Health Care Protection Act* with another spectrum of mechanisms for ensuring the viability of the health industry and its public funding. The authors of the report acknowledge that their proposals will not reduce health costs in the short (or long) term. The report clearly sets forth its proposal to distinguish two categories of health services: essential services for those who cannot afford them and who remain insured by the public system; and new treatments and services, which will be offered only to those who can procure additional insurance or can pay for them directly.

The members of the Advisory Council have undoubtedly recognized the thorny nature of the notion of "enhanced medical service," which the *Act* describes as medically unnecessary. They have repeated the approach proposed by the Clair report in Quebec with the rationing of the basket of services, so as to exclude from it the latest treatments or services using a race-to-the-bottom mechanism where the services covered are under constant threat of removal depending on whether provincial tax resources are available.

The report acknowledges opting for a health care system in which the citizen's ability to pay becomes a criterion for segregating access to services. However, it evades the fact that public funds are used to consolidate that part of the system that will be accessible only to the smallest segment of citizens. The strategic measures in the report can be organized into four categories.

Subsidize Private Insurers and Other For-profit Enterprises

The Mazankowski report puts back on the table the old measures and proposals typical of opposition to the public health system in the first half of the last century, that is, use of public measures to subsidize the purchase of private insurance coverage (p. 54-56). In using favourable tax measures to support private health care savings, the report encourages greater disparities among individuals and the channelling of profits to the financial systems that receive individuals' deposits. The report also suggests that the Medical Savings Account (MSA) can be used to purchase supplemental private coverage. The creation of the MSA, which keeps a record of the citizen's health care costs on an individual basis, represents a total misinterpretation of the principles of the *Canada Health Act*, which prescribes the socialization of funding. The MSA project, which sees an equal amount of public funds paid annually to every citizen, is totally at odds with the distribution of health care costs throughout the population.

The dizzying increase in administrative costs generated by these proposals is indicated several times in the report, but the solution proposed is always the same: have the necessary facilities financed by public funds in order to keep this increase favourable to the private sector. The report points out that massive investment in new information technologies, including the health debit card, will be needed to manage the measures proposed.

Force the Public Funding of Private Services

The guarantee of service within 90 days is a measure which, contrary to all appearance, primarily favours the for-profit service providers to whom the Health Authority must turn and whose costs it is forced to pay. In addition, the report suggests that the portion of the MSA that is not spent at year end can be used to purchase private services. This dubious measure once again channels public funds into the coffers of profit-making companies.

Perversion of the Taxation System

The authors of the Mazankowski report have fully grasped the close ties that exist between the philosophy of the tax system and the vision underlying the services it finances. It is, in fact, by modifying the fiscal rules for funding health care that the Alberta project intends to bring about a transformation of the principles of health insurance, while at the same time minimizing open confrontation with the principles of the *Canada Health Act*. The report suggests a public funding of health care that, on the one hand, increasingly copies its practices from those of private insurance companies (variable premiums and the Alberta Health Care Account), and on the other, accentuates the regressive character of tax collection (MSA and the increase in health

care premiums). The report also proposes a regional taxation power for the Health Authorities, granting a total exemption for industry and businesses, on the grounds of avoiding inequities among regions (p. 30).

The Albertan initiative to "modernize" the *Canada Health Act* demonstrates a direction that should mislead no-one as to its clear desire to break with the concept of public service in the health sector in order to develop a sphere of profitability for the health industry, which can only have harmful effects in segregating the population in terms of health care needs.

Quebec

Quebec was the last province of Canada to adopt a public insurance plan for medical services in 1970. However, it took advantage of this late entry to draw the appropriate lessons and adopt a plan that would become a model for Canada in explicitly prohibiting user fees and extra billing. The federal *Act* was amended in 1984 to include these principles already in effect in Quebec for over 15 years. Quebec was also the Canadian province that was first off the mark in introducing effective measures to control health costs, while fully respecting the independence of health care professionals – measures that were subsequently adopted by other provinces (Tuohy, 1999).

However, it is quite a different orientation that emerges today from the most recent Quebec programs, as articulated in the Arpin report (Quebec, 1999), the Clair report (Quebec, 2000), the prescription drug insurance plan *(Act respecting prescription drug insurance*, 1996; Quebec, 2001 [Montmarquette report], the *Act to amend the Act respecting prescription drug insurance*, 2002) and the draft bill on the smart card (*Québec Health Card Act,* 2001). Instead of working toward a consolidation of the public system and increasing public control measures on health spending, like Alberta, Quebec is taking the second approach outlined in the first chapter, which is to abandon or dilute the concept of public service so as to open the door to private insurers, by employing measures that support private enterprise and by integrating public services with services provided and insured by private enterprise.

I have outlined elsewhere my understanding of the program that emerges from the recommendations of the Clair report, which also calls for the "modernization" of the *Canada Health Act* (Prémont, 2001*a* and *b*) by rationing the basket of public services. The Quebec prescription drug insurance program, which has already demonstrated its inability to control the plan's rising costs and recurring deficits, must be understood as a measure that is basically designed to occupy the drug insurance sector to the joint profit of private insurers, pharmaceutical companies and information management firms, which then benefit from the system put in place. The recent Montmarquette report and the bill amending the plan confirm that this is the favoured model (Quebec, 2001).

Far from complying with the five principles of the *Canada Health Act*, the health care reform program that is taking shape requires the opening up of the basket of insured services and the introduction of an improved health care regime whose revenues are directed to business and private insurers.

The project of introducing a smart card into the health system is another indication that Quebec is moving toward a radical modification of public service principles for health care. The meaning of the draft bill called the *Québec Health Card Act* becomes clearer when read in the context of the three memorandums of the Ministers of Health and Social Services that were submitted to the Quebec Cabinet between June 2000 and December 2001 (Marois, 2000; Trudel, 2001*a* and *b*). It then becomes apparent that the objective of the draft bill is to lay the foundations of an information infrastructure that can allow for a thorough transformation of the Quebec health care system, toward a "future evolution" with "restrictions on insured services coverage" and "new service modulations that can incorporate complementarity between public and private partners" resulting in a "complex of specific situations which are negotiated." The draft bill distinguishes between insurance eligibility based on citizenship criteria and insurance coverage that can vary from one person to another, in flagrant contradiction of the principle of universality (s. 8(2) of the draft bill). The ministerial memorandums and the construction of the draft bill pave the way for implementation of an infrastructure that is justified in a plan that is contrary to the current principles of the public health and hospitalization insurance program (Prémont, 2002). A very large percentage of the memorandums submitted to the parliamentary commission raised substantive objections to the bill (Centre for Bioethics, 2002 – see Web Site, p. 23).

The objective that emerges from all of these measures, plans and projects is well described by the father of Quebec's drug insurance plan who, adopting one of the key recommendations of the Clair report, urges the public authorities of Quebec to extend the prescriptions of the drug insurance plan, contrary to the principles of the *Canada Health Act*, to the entire health care system (Castonguay, 2001). Whereas Quebec at one time provided inspiration for the federal *Act*, the plans outlined here see that legislation rather as an obstacle.

Conclusion

Historically, physicians played an important role in fighting the introduction of Medicare in Canada. This opposition has left some major marks on our present-day systems, as witness the fee-for-service system. The incentive effect of this mode of payment on health care delivery is well known, and many countries have tried to make adjustments to it, notably by introducing capitation and comprehensive fixed envelopes for medical procedures (Germany). These methods of controlling health spending, like the reorganization of front-line care with the introduction of family medicine groups, are legitimate and worthy of the attention of our provincial leaders. All of them can be employed in compliance with the principles of the *Canada Health Act,* which poses them no obstacle. In calling for the "modernization" of the *Act*, the demands coming from Quebec and Alberta are intended not to control total health care spending, but rather to have that spending transferred to the benefit of for-profit enterprise.

The professional health corporations were the historical ally of the insurance industry during the discussions that preceded adoption of the public system. On account of the modification of health care, technological development and the increased role of drugs in health care plans, the insurance industry today has new allies in its battle against the Canadian public systems, those being the pharmaceutical and information and telecommunications management sectors.

Reluctance to be subjected to government regulation is normal and longstanding, since such regulation alters the scope of the privileges enjoyed by certain economic sectors. For instance, in the late 19th century Quebec physicians opposed the obligation imposed on them to certify causes of death, regarding this as interference in their professional practice. They also opposed the mandatory reporting of certain contagious diseases, arguing the principle of doctor-patient privilege (Guérard, 1996). Yet history has confirmed for us the social usefulness of these measures. It is the role of the public authority to analyse such complaints so as to better define their substance.

Analysis of the proposed alternatives demonstrates that they all converge upon the same objective: to reformulate the legal principles of Canadian health care systems to ensure that there are areas of profitability for the health industry. These transformative proposals necessarily lead to abandonment of the principle of universality of health services, the key nucleus of the *Canada Health Act*. The alternatives proposed by Alberta and Quebec target the methodical dismantling of the most important public service accomplishment in the provinces of Canada. One comment by the late French sociologist Pierre Bourdieu is appropriate to the situation now facing the public authorities and the Canadian population:

> [translation] It is characteristic of conservative revolutions, those of the thirties in Germany, those of Thatcher, Reagan and others, to present restorations as if they were revolutions. The conservative revolution of today is taking an unprecedented form (...). This new brand of conservative revolution is calling upon progress, reason and science (economics, in this case) to justify the restoration, thereby attempting to dismiss progressive thought and action as archaic. (Bourdieu, 1998)

In this brief overview of the Alberta and Quebec programs – which are banking on challenging the public service principles of the *Canada Health Act* in order to introduce a system contrary to the public interest, a system that would see the serious equity problems of the first half of the 20th century return to Canadian society – the federal government is called upon to play a critical role in not yielding to these conservative recriminations.

Bibliography

Books, Chapters of Books, Reports and Briefs

Alberta. 2001. *A Framework for Reform: Report of the Premier's Advisory Council on Health.* Chaired by Don Mazankowski, Edmonton.

APFF. 2001. *Les incitatifs fiscaux au Québec.* Papers from the symposium of September 20, 2001. Montreal: Association de planification fiscale et financière (Fiscal and Financial Planning Association).

Ardant, Gabriel. 1972. *L'histoire de l'impôt. Du XVIII^e au XXI^e siècle.* Livre II. Paris: Fayard.

Berthod-Wurmser, Marianne (ed.). 1994. *La santé en Europe.* Paris: French documentation.

Bouvier, Jean and Jacques Wolff (ed.). 1973. *Deux siècles de fiscalité française XIX^e – XX^e siècle.* Paris: Mouton Éditeur.

Canada. 1964. *Hall Commission Report.* Ottawa: Royal Commission on Health Services.

CIHI. 2001. *Health Care in Canada.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information.

Collier, Ken. 1997. *After the Welfare State.* Vancouver: New Star Books.

Comité de surveillance. 2001. *Le consentement du patient au partage de ses informations cliniques dans le cadre du projet vitrine PRSA-Carte santé de Laval.* Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

D'Intignano, Béatrice Majnoni. 1992. "Analyse des derniers développements et des réformes en matière de financement des systèmes de santé." In *Maîtrise des coûts et de la qualité des soins : les défis du financement des systèmes de santé.* Études et recherches, no. 32. Geneva: International Social Security Association/Association internationale de la sécurité sociale, p. 11-31.

Fuller, Colleen. 1998. *Caring for Profit.* Vancouver: New Star Books.

Guérard, François. 1996. *Histoire de la santé au Québec.* Montreal: Boréal Express.

Hogg, Peter. 1988. "Analysis of the New Spending Provision (Section 106A)," in *Competing Constitutional Visions: The Meech Lake Accord.* Edited by Katherine E. Swinton and Carol J. Rogerson. Toronto: Carswell, p. 155-162.

Lajoie, Andrée, Patrick A. Molinari and Jean-Marie Auby. 1981. *Traité de droit de la santé et des services sociaux.* Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Leduc Browne, Paul. 2000. *Unsafe Practices: Restructuring and Privatization in Ontario Health Care.* Ottawa: Canadian Centre for Policy Alternatives.

Lefebvre, Anne and Lee Soderstrom. 2000. *Le vieillissement de la population québécoise: conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé*. Quebec City: report submitted to the Conseil du bien-être et de la santé. (Available on the Web at: http://www.msss.gouv.qc.ca/csbe.)

Maioni, Antonia. 1998. *Parting at the Crossroads: The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*. Princeton: Princeton University Press.

Marois, Pauline. 2000. *L'implantation de la carte d'accès santé à microprocesseur et la contribution de la Régie de l'assurance maladie du Québec à la modernisation du système de santé et des services sociaux*. Memorandum to Cabinet from the Minister of Health and Social Services of Quebec.

National Forum on Health. 1997. *Canada Health Action: Building on the Legacy*. Ottawa: Health Canada.

Ontario. 2000*a*. *Looking Back, Looking Forward: A Legacy Report*. Ontario Health Services Restructuring Commission. (Available on the Web at: www.hsrc-crss.org.)

____. 2000*b*. *Looking Back, Looking Forward: A Seven-Point Action Plan*. Ontario Health Services Restructuring Commission. (Available on the Web at: www.hsrc-crss.org.)

Prémont. 2002. *La Loi sur la carte santé du Québec: un affront à la souveraineté parlementaire et au principe constitutionnel de la rule of law*. Brief submitted to the Commission des affaires sociales as part of the public consultation on the draft bill entitled the *Québec Health Card Act*, February 2002. (Available on the Web at: http://www.law.mcgill.ca/faculty/ memoire.premont.pdf.)

Quebec. 1999. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*. Report of the task force chaired by Mr. Roland Arpin, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec [Arpin report].

____. 2000. *Emerging Solutions – Report and Recommendations*. Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, chaired by Mr. Michel Clair, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec [Clair report].

____. 2001. *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*. Report prepared by the Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec [Montmarquette report].

____. 2002. *The "Federal Spending Power."* Supporting document 2. Commission on Fiscal Imbalance [Séguin report]. (Available on the Web at: http://www.desequilibrefiscal.gouv.gc.ca.)

Sargent, John H. et al. 1998. *The Evolution of Business Taxes in Canada: Data and Estimates*. Working Paper 97-17, for the Technical Committee on Business Taxation. Ottawa: Department of Finance.

Taylor, Malcolm G. 1987. *Health Insurance and the Canadian Public Policy: The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System and their Outcomes*. Montreal: McGill-Queen's University Press.

____. 1990. *Insuring National Health Care: The Canadian Experience*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.

Trudel, Rémy. 2001*a*. *L'implantation de la carte d'accès santé à microprocesseur et la contribution de la Régie de l'assurance maladie du Québec à la modernisation du système de santé et des services sociaux*. Memorandum to Cabinet from the Minister of Health and Social Services of Quebec. (Available from the Conseil du Trésor du Québec.)

_____. 2001*b*. *Avant-projet de loi concernant la Loi sur la carte santé du Québec*. Memorandum to Cabinet from the Minister of Health and Social Services of Quebec. (Available from the Conseil du Trésor du Québec.)

Tuohy, Carolyn Hughes. 1999. *Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada.* New York and Oxford: Oxford University Press.

Journal Articles or Papers

Bourdieu, Pierre. 1998. "Le mythe de la mondialisation et l'État social européen." *Contre-feux.*

Choudhry, Sujit. 1996. "The Enforcement of the Canada Health Act." *McGill Law Journal* 41: 461-508.

Deber, Raisa B. 2000. "Getting what we pay for: myths and realities about financing Canada's Health Care System." *Health Law in Canada* 21(2): 9-56.

Evans, Robert G. 2000. "Reconsidering the Role of Competition in Health Care Markets: Canada." *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25(5): 889-897.

Flood, Colleen M. and Tom Archibald. 2001. "The illegality of private health care in Canada." *Canadian Medical Association Journal* 164(6): 825-830.

Frankman, Myron J. 1998. "The Fight to Preserve Universal Social Programs: A Canadian Perspective on the Great Capitalist Restoration." *Journal of Economic Issues* 32: 489-496.

Jackman, Martha. 2000. "Constitutional Jurisdiction over Health in Canada." *Health Law Journal* 8: 95-117.

Lareau, André. 1998. "L'État coupable de la concentration de la richesse." *Les Cahiers de droit* 39: 161-176.

Morone, James A. 1992. "Hidden Complications: Why Health Care Competition Needs Regulation." *American Prospect* 10: 40-48.

Prémont, Marie-Claude. 2001. "La rhétorique politique de l'informatisation du système de santé." *L'informatisation des dossiers de santé: enjeux de droits, enjeux de société* conference, CAI and IRCM. (Available on the Web at: http://www.ircm.qc.ca/bioethique/english/telehealth/forum/conference_may2001.html.)

Newspaper Articles

Buzzetti, Hélène. January 26, 2002. "Santé: les provinces agiront sans Ottawa," *Le Devoir*, p. A-1.

Castonguay, Claude. November 27, 2001. "L'assurance-médicaments est-elle malade?," *La Presse*.

Leblanc, Gérald. January 23, 2002*a*. "Le problème politique numéro un au Canada," *La Presse*.

____. January 24, 2002*b*. "Arrêter de brandir les Tables de Moïse," *La Presse*.

Prémont, Marie-Claude. February 27, 2001*a*. "Le rapport Clair: le système de santé dans la mire des assureurs," *Le Devoir*, p. A9.

____. February 28, 2001*b*. "Le rapport Clair: vers une intégration des assurances privées et publiques?," *Le Devoir*, p. A9.

Soderstrom, Lee. June 7, 1996. "L'assurance-médicaments: le plan Rochon vs un plan universel," *La Presse*.

Legislation

Act relating to cash contributions by Canada and relating to criteria and conditions in respect of insured health services and extended health care services [Short title: *Canada Health Act*], R.S.C. 1985, c. C 6.

Act respecting prescription drug insurance, S.Q. 1996, c. 32, R.S.Q., c. A-29.01.

Health Care Protection Act, 2000, R.S.A., c. H-1; entry into force September 28, 2000 by order-in-council, O.C. 374/2000.

Québec Health Card Act, 2001, Draft Bill tabled by Mr. Rémy Trudel, Minister of Health and Social Services, December 19, 2001.

Act to amend the Act respecting prescription drug insurance and other legislative provisions, Bill 98, tabled by Mr. François Legault, Minister of Health and Social Services, 2002.

Case Law

Winterhaven Stables Ltd. v. *Attorney General of Canada* [1988] 53 D.L.R. (4th) 413.

Reference Re the Canada Assistance Plan [1991] 2 S.C.R. 525.

Eldridge v. *British Columbia (Attorney General)* [1997] 3 S.C.R. 624.

Web Site

Québec Health Smart Card Watch site: http://www.ircm.qc.ca/bioethique/english/telehealth/suppl_card.html

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 4

Le rôle de la Loi canadienne sur la santé pour l'avenir des systèmes de santé au Canada

par

Marie-Claude Prémont

Université McGill

juillet 2002

Les opinions exprimées dans ce document demeurent l'entière responsabilité de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement celles de la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

Table des matières

Points saillants iv

Sommaire v

I. Le sens et la pertinence de la Loi canadienne sur la santé : une inscription au registre des grandes réalisations de service public 1
Introduction : cibler les enjeux de fond 1
Les compétences constitutionnelles en matière de santé 1
La cohabitation du service public et de l'économie de marché 2
Le rôle de l'État en matière de soins de santé 5
Au carrefour de deux options 5
L'option du service public et la *Loi canadienne sur la santé* 7
L'option du soutien à l'industrie de la santé 8
Une relation étroite entre le service public et la fiscalité 9
La pertinence de la *Loi canadienne sur la santé* à la lumière des opposants historiques à ses principes 10

II. L'actualité de la *Loi canadienne sur la santé* à la lumière des solutions de rechange contemporaines 11
Les griefs contre la Loi canadienne 11
Les projets des détracteurs de la *Loi canadienne sur la santé* 12
L'Alberta 12
Le Québec 16

III. Conclusion 18

Bibliographie 20

Points saillants

La place de la *Loi canadienne sur la santé* au sein des régimes publics de santé du Canada doit aujourd'hui être abordée selon les enjeux de fond qu'elle soulève, et non plus seulement selon les discussions de technique juridique constitutionnelle qui nous placent devant le cul-de-sac de la profonde division qui oppose les tenants de la validité constitutionnelle de la Loi à ceux qui contestent la constitutionnalité du pouvoir de dépenser du fédéral dans les domaines de compétence provinciale.

Les pouvoirs publics peuvent grosso modo orienter leurs interventions dans le domaine de la santé selon deux grands axes: celui de la *Loi canadienne sur la santé* qui prescrit des règles de service public pour assurer le même droit d'accès aux soins de santé à tout citoyen sur la base de ses besoins; ou encore l'axe de l'édification de conditions favorables à la prestation et au financement des services par l'entreprise privée, dont on retrouve notamment les modalités dans les plans et propositions de « modernisation » de la Loi canadienne en provenance de l'Alberta et du Québec. Cette seconde option se traduit par la ségrégation des services et des individus en différentes catégories, où le droit d'accès, la couverture ou le panier de services pourront être modulés selon de multiples critères de segmentation des marchés. La prestation et le financement des services de santé par l'entreprise privée selon ce deuxième axe exigent par ailleurs une contribution importante de fonds publics visant à assurer la rentabilité des aires d'opération de l'entreprise.

Les principes de la Loi canadienne, qui sont en franche opposition aux principes qui régulent le marché, participent au maintien de l'égalité de tous devant la maladie. Pour des raisons propres à la structure juridique canadienne et à l'occupation du champ fiscal par le fédéral et les provinces, la *Loi canadienne sur la santé* agit aujourd'hui comme la clef de voûte de la garantie juridique de soins de santé financés et fournis selon les règles du service public face aux requêtes de « modernisation » qui se traduiraient par la réorientation de l'intervention publique selon le second axe davantage favorable à l'entreprise privée, au détriment de l'intérêt public.

Sommaire

La place de la *Loi canadienne sur la santé* au sein des régimes publics de santé du Canada doit aujourd'hui être abordée selon les enjeux de fond qu'elle soulève, et non plus seulement selon les discussions de technique juridique constitutionnelle qui nous placent devant le cul-de-sac de la profonde division qui oppose les tenants de la validité constitutionnelle de la Loi à ceux qui contestent la constitutionnalité du pouvoir de dépenser du fédéral dans les domaines de compétence provinciale.

Les principes de la Loi canadienne participent à l'établissement et au maintien d'un système de santé fondé sur le concept du service public. Ces principes revêtent une importance cruciale pour assurer la survie des soins de santé comme service public à l'intérieur de notre économie de marché qui, à moins d'une protection législative ciblée, occupe tout l'espace lucratif en laissant à l'abandon les segments non rentables.

Un équilibre doit s'établir entre les zones qui répondent aux règles de marché et les zones de service public dont les principes actifs sont opposés. L'économie de marché n'est humainement tolérable et acceptable qu'en incorporant en son sein de solides sphères de service public, à la fois tangibles, significatives et symboliques, où peuvent être vécues et expérimentées la démocratie et l'égalité entre les citoyens.

Le rôle du Législateur en matière de soins de santé peut en gros emprunter deux grandes voies. La première, celle de la *Loi canadienne sur la santé*, est la voie sur laquelle le Canada et chacune des provinces se sont engagées depuis une trentaine d'années, où les efforts sont dirigés vers la prestation de soins de santé selon le seul critère du besoin des patients, sans égard à leur capacité financière ou leur appartenance socio-économique. Les cinq principes de la Loi canadienne, en plus de reconnaître de façon éclatante l'égalité des citoyens devant la maladie, fournissent en même temps les meilleures garanties de l'efficacité économique du système.

La deuxième voie d'intervention publique qui s'offre en matière de soins de santé est celle qui caractérise les requêtes soutenues de « modernisation » de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment en provenance de l'Alberta et du Québec. Il s'agit de la voie où les pouvoirs publics sont prioritairement mis au service de l'entreprise privée, dont la viabilité et la rentabilité requièrent un important soutien des fonds publics afin de palier à la réalité économique des soins de santé où 4 pour cent de la population encourt 50 pour cent des coûts. Cette option se fonde sur des principes contraires à ceux du service public et se traduit par une segmentation des marchés et des couvertures où le secteur public a vocation à fournir des services de base ou à venir en aide à la portion la plus vulnérable de la population.

La structure de la fiscalité d'une juridiction est un indice supplémentaire de l'orientation des programmes publics. Un programme de service public comme les soins de santé, qui se caractérise par une redistribution importante de la richesse, ne peut s'appuyer que sur des mesures progressives de fiscalité. La tendance récente à la régressivité de la fiscalité, observée tant au niveau fédéral qu'au niveau provincial, laisse planer beaucoup d'incertitude quant aux orientations futures du système de santé.

L'instauration d'un régime de service public n'a jamais fait l'unanimité. En soustrayant la prestation d'un bien ou d'un service des règles du marché qui servent à alimenter la profitabilité de l'industrie, il est normal que l'industrie exclue trouve intérêt à promouvoir la réforme de ce secteur de façon à lui permettre de réoccuper les aires potentiellement lucratives.

Les programmes de réforme en provenance de l'Alberta et du Québec sont résolument axés vers cette deuxième voie du soutien public au financement et à la prestation privée des soins de santé. Ces projets mettent non seulement en péril le concept de service public protégé par la *Loi canadienne sur la santé*, mais remettent les dollars de la santé au service de la rentabilité de l'industrie de la santé qui regroupe principalement le secteur de l'assureur à but lucratif, des entreprises de prestation et de gestion des soins, ainsi que les entreprises de gestion informatique et des télécommunications.

L'Alberta a clairement fait connaître ses orientations dans le *Health Care Protection Act*, pendant que le rapport Mazankowski pousse plus loin l'orientation de démantèlement ordonné du régime public de soins de santé au profit de l'entreprise à but lucratif.

Le Québec, même s'il n'a pas encore clairement fait connaître ses orientations par la voie législative, donne tous les signes d'une orientation analogue, à la lumière des rapports Arpin et Clair, ainsi que par l'instauration du régime d'assurance médicaments dont les principes sont contraires au concept du service public. Ces orientations se confirment à la lecture de l'avant-projet de loi sur la carte santé discuté en Commission parlementaire au cours de l'hiver 2002.

Face à ces requêtes de « modernisation », le rôle du gouvernement fédéral pour le maintien des principes de service public à l'ensemble des soins de santé pourrait être crucial pour l'avenir des systèmes de santé et de la société canadienne.

I. Le sens et la pertinence de la *Loi canadienne sur la santé* : une inscription au registre des grandes réalisations de service public

Introduction : cibler les enjeux de fond

Il est important à cette étape-ci de l'histoire du système de santé de cibler les enjeux de fond de la *Loi canadienne sur la santé* qu'il faut distinguer des enjeux de technique juridique ou de stratégie politique qui ont marqué son parcours. Il ne fait pas de doute que de vifs différends constitutionnels ont opposé les pouvoirs provinciaux et fédéral depuis les toutes premières discussions en matière d'instauration d'un régime d'assurance hospitalisation et maladie, et persistent encore aujourd'hui. Aucun programme d'une telle importance sociale ne saurait faire l'économie des débats, des oppositions et des luttes qui animent toute société démocratique. L'essentiel est de bien cerner les enjeux et les intérêts favorisés par les différents arguments qui s'opposent.

Le droit de la santé, dans sa technicité juridique, soit-elle constitutionnelle, ne saurait nous rendre par ailleurs toute son essence. L'histoire de l'instauration des régimes publics de santé au Canada se caractérise par une compétition politique entre les deux niveaux de gouvernement où la stratégie politique d'un camp comme de l'autre a souvent pris le pas sur une coordination ordonnée dans le meilleur intérêt des populations. Ces phénomènes ont été décrits avec talent ailleurs (Taylor, 1987, 1990; Maioni, 1998) et l'état de la situation en ce début de XXI^{e} siècle incite plutôt à analyser les enjeux de fond auxquels fait face la *Loi canadienne sur la santé* qui trop souvent sont relayés au second plan, derrière les débats constitutionnels, pour presser un agenda qui mériterait d'être discuté plus ouvertement plutôt que d'être maintenu retranché dans sa traduction de technique juridique. Bref, la problématique constitutionnelle propre au droit de la santé dans le contexte canadien ne sera pas abordée dans cet essai, sauf pour la situer brièvement dans sa contingence à la section suivante. L'objet de ce texte ciblera les enjeux de fond qui émergent de la relation complexe entre les soins de santé comme service public et l'économie de marché, pour mieux comprendre le rôle que joue aujourd'hui la *Loi canadienne sur la santé* au cœur de cette dialectique.

Les compétences constitutionnelles en matière de santé

Le Canada, qui se met en place avec l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique*, est une société de l'industrialisation naissante du XIXe siècle qui a peu de ressemblance avec celle qui prendra graduellement forme un demi-siècle plus tard dans la foulée de la grande dépression des années 30 et des deux conflits mondiaux. La *Loi constitutionnelle de 1867* est une fidèle représentation de la conception et de la pratique du rôle de l'État au cours de la deuxième moitié du XIX^{e} siècle comme en témoigne le silence le plus complet concernant les champs de compétence qui devront plus tard exiger des amendements constitutionnels (comme l'assurance-chômage en 1940) ou des ententes fédérales-provinciales (comme le cadre de mise en marché des produits agricoles). Le texte de 1867 est d'un mutisme total en ce qui concerne le financement et l'organisation du système de santé tel qu'on le connaît aujourd'hui. Un texte

juridique, soit-il constitutionnel, ne peut traiter de ce qui n'existe ni dans les faits ni dans l'imagination de ses auteurs. Les soins de santé ne pouvaient en 1867 se concevoir que dans la sphère strictement privée de la famille, dans une relation intime entre le médecin et le malade ou, à sa plus grande échelle, comme relevant des organisations caritatives religieuses ou de charité. Il eut été tout aussi inconcevable pour les Pères de la Confédération de prévoir le rôle que l'État allait jouer dans le domaine de la santé, que de prévoir la modification en profondeur de la fiscalité qu'allait connaître le XX^{e} siècle.

Le XX^{e} siècle a de fait complètement bousculé cette conception limitée du rôle de l'État transposée dans le texte de 1867. C'est envers et contre un texte constitutionnel conçu pour une autre époque que la vague des changements sociaux a réussi à reformuler les rapports entre citoyens et le fonctionnement de l'économie. L'émergence du droit social où figurera au bout d'un long cheminement l'implantation du régime public de soins de santé, a composé avec divers arrangements qui tous ont été l'objet de vifs débats et oppositions exprimés tant sur le plan politique, social que judiciaire.

Jusqu'à ce jour, on ne peut que constater la difficile corrélation entre les compétences constitutionnelles en matière de santé extraites d'une lecture de la *Loi constitutionnelle de 1867* et la structure juridique du système, telle qu'elle s'est mise en place au cours du XXe siècle. Le fédéral est intervenu dans le domaine de la santé en s'appuyant principalement sur son pouvoir de dépenser et sur le droit criminel, pendant que les interventions provinciales se rattachent à leurs compétences en matière d'hôpitaux, de propriété et droits civils et plus généralement, des matières de nature locale et privée (Jackman, 2000).

S'il existe un consensus quant aux bases constitutionnelles sur lesquelles chacun des niveaux appuie son intervention, il y a profonde division quant à la validité de ces rattachements (Lajoie, Molinari et Auby 1981, chap. 1; Hogg, 1988). Nous en avons pour preuve les conclusions de la récente Commission sur le déséquilibre fiscal du Québec, qui conclut dans un de ses rapports de recherche que la validité constitutionnelle du pouvoir fédéral de dépenser dans les matières de compétence législative provinciale est toujours litigieuse (Québec, 2002). Il faut reconnaître que les auteurs de droit constitutionnel sont divisés quant à la signification des arrêts importants en la matière (*Winterhaven*, 1988; *Renvoi relatif au Régime d'assistance publique du Canada*, 1991; *Eldridge*, 1997), qui pour les uns appuient la compétence fédérale qui sous-tend la *Loi canadienne sur la santé*, pendant que les autres en contestent fermement la constitutionnalité.

La cohabitation du service public et de l'économie de marché

Toutes les législatures du pays sont aujourd'hui confrontées à l'énorme défi du maintien des zones de service public instaurées au cours du XX^{e} siècle. Toute aire de service public nécessite une intervention législative afin de pourvoir tant à son principe qu'à son articulation. La *Loi canadienne sur la santé* présente cette particularité qu'elle peut se limiter aux seuls principes, en raison de la structure du fédéralisme canadien et du déséquilibre fiscal qui le caractérise. Ce sont évidemment les provinces qui doivent en prévoir l'articulation dans toute sa complexité.

Il serait révélateur de comparer ici deux secteurs de services publics où les transferts fédéraux comptent pour une part significative du financement : le secteur de la santé et le secteur de l'éducation supérieure. Contrairement au domaine de la santé où les transferts fédéraux sont conditionnels au respect des conditions prescrites dans la *Loi canadienne sur la santé*, les transferts fédéraux en matière d'éducation supérieure ne font pas l'objet de conditions similaires pour protéger l'accessibilité de tous sans égard au statut socio-économique de l'individu. Plusieurs provinces ont adopté au cours des années 90 une politique de déréglementation ou d'autorisation d'augmentation des frais de scolarité qui s'est manifestée par une augmentation des frais de scolarité universitaires inédite depuis trente ans, notamment au sein des facultés professionnelles ou à fort contingentement. De larges disparités quant aux frais de scolarité caractérisent maintenant les différentes régions canadiennes et les universités à travers le pays. Par exemple, une formation universitaire en droit pour l'année académique 2002-2003 exigera de l'étudiant un déboursé annuel obligatoire (frais de scolarité et frais afférents) de 2 050 $ à l'Université Laval, comparé à 14 800 $ à l'Université de Toronto. L'augmentation marquée des frais de scolarité à travers le pays révèle du même coup le franc recul du concept de service public appliqué aux études universitaires à travers le Canada au cours de la dernière décennie.

La compétence provinciale en matière d'éducation, clairement énoncée à l'article 93 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, a interdit l'imposition de conditions législatives aux transferts fédéraux. Les programmes politiques conservateurs de certains partis politiques aux rennes de certaines provinces ont pu prendre forme dans une hausse graduelle et soutenue des frais de scolarité, sans qu'aucun frein ne puisse provenir du bailleur de fonds fédéral. Pendant ce temps, aux prises avec une diminution globale des transferts fédéraux de programmes sociaux, les systèmes de santé des provinces ont donné lieu à des reconfigurations organisationnelles (fermeture d'hôpitaux et regroupement d'institutions), sans que les provinces ne puissent délester les principes de service public sous-jacents à chacun de leurs systèmes. Cette comparaison entre le domaine de la santé et l'enseignement universitaire ne nous permet pas de conclure que la présence législative du fédéral dans le domaine de la santé y est la cause du maintien du concept du service public à travers le pays. Le corollaire voudrait que l'absence de conditions aux transferts fédéraux dans le domaine des études universitaires explique le repli de l'accessibilité dans plusieurs provinces canadiennes. De telles conclusions seraient inappropriées puisqu'elles omettent de tenir compte des autres actions en provenance de l'État fédéral qui poussent également vers un recul de la fourniture des soins de santé selon la logique du service public. La réduction drastique et unilatérale des transferts fédéraux et le regroupement des programmes sociaux sous le TCSPS (Transfert Canadien en matière de santé et Programmes Sociaux) en 1996, qui devenait par la même occasion outil de lutte au déficit fédéral, nous rappelle que le fédéral, tout comme les provinces, poursuit souvent une politique équivoque où les mesures qui appuient la prestation de services publics côtoient des mesures qui en ébranlent les fondements ou les objectifs. Bref, il est important de ne pas simplifier l'analyse de la situation en attribuant à un niveau de gouvernement ou à un parti au pouvoir toutes les vertus ou tous les péchés de la promotion des règles de service public ou du marché.

À la lumière des intentions qui se manifestent dans certaines provinces d'entreprendre des réformes de santé contraires aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*, on peut poser l'hypothèse que la Loi canadienne est devenue un élément clef du maintien des principes de service public au domaine de la santé.

Les enjeux de fond de la *Loi canadienne sur la santé* se révèlent à la lumière de ses cinq principes centraux (gestion publique, intégralité, universalité, transférabilité et accessibilité), qui forment l'armature du concept de service public appliqué aux services de santé au cœur d'une puissante économie de marché. C'est en fait l'évolution du capitalisme dans un régime démocratique qui peut être lue en concentré dans une analyse de l'histoire entourant la *Loi canadienne sur la santé*. La lente élaboration du système public de santé est le résultat du débat démocratique entrepris quant aux pouvoirs concédés puis extraits des forces du marché pour déterminer l'allocation des biens et services de santé à une population. La cohabitation du service public et de l'économie de marché revêt deux aspects déterminants. Le premier concerne l'opposition fondamentale de leurs principes actifs. Pendant que le service public doit respecter l'égalité de tous les citoyens, la livraison des biens et des services sur le marché se fait au contraire en segmentant les différents créneaux du marché pour mieux tirer profit de leur différenciation. Le deuxième aspect de cette union, maintenant trop souvent oublié, tient à la dépendance d'une sphère sur l'autre. Le financement du service public dépend d'une bonne économie, tout comme la viabilité sociale de l'économie de marché repose sur le respect de zones de service public. La stabilité de l'ensemble du régime démocratique d'économie de marché relève donc de l'équilibre fragile mais vital entre ces deux principes actifs. Vouloir éliminer l'un mettrait l'autre en péril. L'économie de marché n'est humainement tolérable et acceptable qu'en incorporant en son sein de solides sphères de service public, à la fois tangibles, significatives et symboliques, où peuvent être vécues et expérimentées la démocratie et l'égalité entre les citoyens.

La Loi canadienne préside à une structure juridique inter-juridictionnelle avec une remarquable simplicité et efficience législative. Avec ses vingt-six articles, la loi fédérale reprend les principes fondamentaux du service public que doivent respecter les provinces dans l'organisation des services à l'intérieur de leurs frontières respectives pour bénéficier des transferts fédéraux. Le croisement structurel qui s'opère entre les perceptions fiscales des deux niveaux de gouvernement, la loi fédérale et les responsabilités provinciales en matière de santé fait en sorte que la *Loi canadienne sur la santé* veille aujourd'hui à assurer à l'ensemble de la population canadienne des soins de santé disponibles en marge des règles du marché qui ont par ailleurs démontré leur incapacité patente à garantir au meilleur coût un accès équitable aux soins de santé à l'ensemble des citoyens.

L'importance contemporaine de la Loi se mesure à la convergence et à la force avec laquelle elle est aujourd'hui contestée autant par les milieux d'affaires que par une série de rapports ou de politiques en provenance de diverses provinces canadiennes comme de l'intérieur même de l'appareil fédéral. Loin d'être un indice de son caractère suranné, l'analyse des motifs d'opposition à la *Loi canadienne sur la santé* (section II) démontre au contraire toute sa pertinence. Les principaux arguments avancés pour la mise au rancart du concept de service public, comme l'affolement créé autour du vieillissement de la population déclaré susceptible de mettre en péril la viabilité du système, doivent être remis en perspective (Lefebvre et Soderstrom, 2000; Frankman, 1998). C'est surtout par l'analyse des programmes de rechange émanant de l'Alberta et du Québec qui présentent des objections de fond (par opposition à celles qui reposent sur la technique juridique constitutionnelle, comme rappelé plus haut) à l'égard de la Loi canadienne qu'est proposée la démonstration de son caractère crucial à cette étape-ci de l'évolution des systèmes de santé canadiens.

La *Loi canadienne sur la santé* occupe non seulement une place centrale et symbolique sur la scène canadienne, mais est au surplus tout aussi pertinente quant à la lutte qui se déploie actuellement à l'échelle de la planète au nom des valeurs démocratiques et des droits de la personne contre la poussée de la mondialisation des règles d'un marché contrôlé dans sa partie la plus lucrative et la plus significative par de grandes entreprises multinationales. Les objections exprimées à l'encontre des œuvres législatives de service public comme la *Loi canadienne sur la santé* s'accélèrent depuis la dernière décennie. Se multiplient les prises de position et les tentatives d'occupation et de transformation des aires de services publics créées de haute lutte au cours du XXe siècle. Ce mouvement s'est traduit par une vague de privatisations massives qui a épargné peu de pays (Collier, 1997) et contre lesquelles la résistance des populations qui en souffrent commence à s'exprimer. C'est dans ce contexte général contemporain que doit se comprendre le sens de la *Loi canadienne sur la santé.*

Le rôle de l'État en matière de soins de santé

Au carrefour de deux options

Contrairement à l'opinion répandue, une économie de marché ne se distingue pas par le caractère minimal de l'intervention de l'État. Au contraire, la marche en avant des économies de marché a nécessité une réglementation étoffée et abondante de l'État dans tous les domaines, y compris ceux qui font œuvre emblématique de la libre entreprise, comme la production industrielle. Pour donner un exemple du secteur de la santé, le *libre* exercice de l'industrie de la santé aux États-Unis requiert une réglementation inextricable qui l'emporte en quantité et en complexité sur la réglementation canadienne équivalente (Morone, 1992). La différence entre l'espace juridique de l'exercice de la libre entreprise et celui réservé au service public tient non pas à la présence ou à l'absence de la réglementation étatique, mais plutôt à la différence de nature de cette réglementation. Dans la sphère où se meut la libre entreprise, le premier objet de l'intervention publique est de favoriser la rentabilité de l'entreprise (tout en protégeant les citoyens des abus les plus flagrants), notamment par des mesures de soutien direct et indirect sous les formes les plus multiples. Dans le domaine du service public, l'objectif premier est d'assurer une répartition équitable d'un bien ou d'un service à l'ensemble des citoyens sans distinction de leur statut socio-économique.

La capacité de payer joue un rôle déterminant pour l'accessibilité à certains biens et services du consommateur qui transige dans la sphère de l'économie de marché. Par exemple, les revenus des familles sont en grande partie responsables de la valeur des maisons où elles se logent, de la catégorie de restaurants qu'elles fréquentent, ou du type de vacances qu'elles peuvent s'offrir. Le régime juridique accorde aux entreprises commerciales la liberté d'exploiter les capacités financières des différents segments de marché, sanctionnant ainsi l'acceptabilité sociale des différences marquées de consommation entre ces créneaux. Afin de maintenir le caractère acceptable des disparités de consommation, le régime juridique prévoit une aide minimale ciblée et momentanée à la personne qui verrait ses revenus s'affaisser en-deçà d'un seuil. C'est la forme que prennent les régimes sociaux comme l'aide sociale, l'assurance-chômage ou le régime de pensions du Canada. Agissant comme une bouée de sauvetage, la fonction de ces programmes de sécurité sociale est de maintenir l'acceptabilité des règles du marché en prenant le relais en cas

d'échec du système pour certains individus à certains moments. Ce filet de sécurité qui protège les individus contre une déchéance inacceptable sert de tampon au plein exercice des libertés économiques et juridiques de l'économie de marché.

Suite à l'expérimentation des règles du marché dans tous les domaines, une forte majorité des pays ont convenu que le seul filet minimal de sécurité monétaire ne pouvait suffire à la tâche pour certaines catégories spécifiques de besoins humains essentiels. Il s'agit des biens ou des services que les sciences sociales reconnaissent comme relevant du service public, ou du *public good* (ou encore *merit good*), selon la tradition ou la discipline à laquelle on se rattache. Pour des raisons qui tiennent autant de l'économie que du comportement humain, il est reconnu que l'efficacité est sensiblement accrue lorsque ces biens sont offerts à tous en nature selon les besoins, au lieu d'avances de paiements pour se les procurer sur le marché. L'éducation et la santé sont de cette catégorie. Le filet de sécurité monétaire ne peut empêcher la déchéance humaine causée par l'ignorance et la maladie, en raison de l'incapacité structurelle des règles du marché à y répondre adéquatement. La très grande majorité des pays de l'OCDE ont effectivement établi un régime juridique distinct des règles du marché pour ces deux domaines. L'organisation des services de santé dans les pays de l'Union Européenne relève globalement d'une conception de service public (Berthod-Wurmser, 1994). La capacité de payer des individus ne doit pas contrôler le droit d'accès à une éducation supérieure ou aux soins de santé. Accessoirement, il est jugé inacceptable qu'une portion de la société puisse tirer profit de la souffrance d'autrui, surtout lorsque l'infortune place la personne devant un choix déchirant comme le paiement pour un traitement médical ou le logement et l'alimentation de sa famille.

Même si le triomphe du service public à l'intérieur des économies de marché est trop rarement reconnu à sa juste valeur, la consécration du service public dans nos systèmes juridiques contemporains constitue l'une des plus grandes réalisations du dernier siècle, au même titre que l'adoption des chartes des droits de la personne. Bref, l'essence de la *Loi canadienne sur la santé* tient à la consécration qu'elle opère dans la structure juridique canadienne du principe de service public pour les soins de santé. En ce sens, la Loi canadienne est un monument de la démocratie à la dignité humaine qui a l'immense et rare qualité de se concrétiser de façon tangible et éloquente dans la vie de chaque citoyen. La contribution du système de santé à la cohésion sociale dans chacune des provinces et territoires canadiens est inestimable.

Dans sa dimension économique, le caractère inadéquat des règles du marché pour répondre seul aux besoins d'une population entière en matière de santé fait l'objet d'une reconnaissance presque unanime. Même les plus farouches tenants de l'économie libérale admettent que les pouvoirs publics ont un rôle à jouer. Le consensus se brise lorsqu'il faut préciser la nature et l'étendue du rôle de l'intervention publique. Deux grandes options se présentent. La première est celle retenue par la *Loi canadienne sur la santé*; tandis que la seconde correspond aux requêtes soutenues de « modernisation » de cette même loi. Il est donc important d'esquisser ces deux grandes options de l'intervention publique dans le domaine des soins de santé.

L'option du service public et la Loi canadienne sur la santé

La première option de l'intervention du pouvoir public, celle qui a été retenue par le Canada et les provinces canadiennes, repose sur deux axiomes: l'égalité juridique des personnes devant la maladie et la mort, et la poursuite de l'efficacité économique du système de santé.

Au chapitre juridique, la Loi canadienne, par le biais de ses cinq principes pose pour chaque Canadien le même droit d'accès aux services de santé médicalement nécessaires. L'interaction et le cumul de ces principes signifient que l'accès aux soins de santé ne doit être fondé que sur les besoins de traitements médicaux, à l'exclusion de la capacité de payer ou du statut du citoyen. Ces principes favorisent par la même occasion le caractère *scientifique* de la décision quant au traitement médical, par opposition à la détermination arbitraire selon l'appartenance des individus à un groupe ou à un autre. La mise à l'écart du statut socio-économique du patient comme critère d'accès aux soins exclut que la décision ne soit déterminée par l'arbitraire de la couverture d'assurance du patient, ou influencée par la quête de profit d'une organisation qui chapeaute la gestion ou la prestation des soins. Bref, selon la *Loi canadienne sur la santé*, la détermination des traitements médicaux qu'exige l'état de santé d'un patient, est totalement hermétique à sa capacité financière ou à sa position sociale. L'élément clef de la détermination des soins de santé repose sur le jugement professionnel du médecin, en discussion avec son patient, structurellement mis à l'abri de toute interférence avec le statut socio-économique du patient. Le niveau de prise de décision quant aux soins est ramené le plus près possible de la prestation des soins, c'est-à-dire de qui donne et reçoit directement les soins. À un niveau plus macro, les compressions financières de la dernière décennie en matière de santé ont contribué à l'émergence d'un autre niveau d'allocation des services en fonction des limites et du rationnement des services offerts. Les listes d'attente et les délais d'intervention sont venus rappeler que le financement adéquat et l'organisation des services avaient aussi un rôle primordial à jouer dans la détermination de l'accessibilité aux services. Les problèmes de prompte accessibilité aux soins de santé expérimentés au cours des dernières années exigent une correction adéquate avant qu'ils ne fragilisent davantage le système public de soins de santé.

Le concept du service public appliqué aux soins de santé apporte une contribution capitale à l'équilibre toujours fragile entre, d'une part, les exigences de la démocratie qui recherche une forme d'expression de l'égalité de principe entre les citoyens et d'autre part, les préceptes du marché qui, dans une constante quête de profits, fonctionnent selon une autre logique qui doit structurellement s'ancrer aux disparités économiques entre les segments de marché. Le Canada, de concert avec les provinces canadiennes qui ont souvent joué le rôle moteur ou catalyseur dans l'élaboration d'une solution, a trouvé cet équilibre en soustrayant le financement des soins de santé de la dictée commerciale pour la lier à la fiscalité. Ceci se traduit par une fiscalisation du financement des soins de santé, où les principes de contributions à la mesure de la capacité de payer doivent présider à la collecte des fonds.

Au chapitre économique, la démonstration n'est plus à faire de la supériorité d'un régime public universel de soins de santé pour assurer le plus efficacement possible les soins de qualité à une population entière (Deber, 2000; Forum national sur la santé, 1997). Les discours économiques qui rompent avec les principes de service public de la Loi canadienne sont avancés dans la défense d'intérêts susceptibles d'y trouver leur compte (Frankman, 1998).

Si l'on devait identifier parmi les cinq principes de la Loi canadienne celui qui en est le noyau dur, il faudrait retenir le principe de l'universalité qui assure les même conditions d'accès aux services de santé pour chaque citoyen. Ce principe est en opposition directe avec toute variabilité de couverture en fonction du risque présenté par le patient, en fonction de son emploi ou de son employabilité, de son âge, de ses revenus ou de son appartenance à un groupe quelconque, pour ne nommer que quelques exemples de critères de différenciation. L'universalité est aussi incompatible avec toute velléité de tester les moyens du patient (*means test*) ou de prendre en considération des critères autres que ceux des besoins médicaux du patient afin de guider une décision quant à une intervention médicale.

La Loi canadienne offre les principes les plus performants pour empêcher que les dollars de la santé ne servent à des fins autres que la prestation de soins de santé aux patients. Les coûts administratifs du système de santé canadien sont parmi les plus bas du monde, tandis que le système américain se caractérise par les plus hauts coûts administratifs des pays de l'OCDE. La comparaison se chiffrait annuellement à 18 $US par habitant pour le Canada, contre 95 $US aux États-Unis (D'Intignano, 1992). Quant aux coûts des soins eux-mêmes, le système canadien constitue un système de contrôle intégré en établissant un rapport de force entre le payeur unique et les fournisseurs, représentés notamment par les médecins qui sont regroupés au sein de puissantes unités de négociation.

L'option du soutien à l'industrie de la santé

La deuxième option d'intervention des pouvoirs publics dans le domaine de la santé donne priorité au rôle de soutien de l'État à l'entreprise. L'État y agit à la fois comme arbitre et facilitateur en vue de promouvoir la rentabilité du domaine de la santé mais intervient aussi comme bailleur de fonds. En contrepartie de la promotion de la rentabilité du secteur privé, une palette de mesures accessoires doivent être mises en œuvre afin de contenir le système à l'intérieur de limites tolérables pour la population et particulièrement pour la portion susceptible d'avoir des besoins importants en soins de santé.

Les caractéristiques de l'économie de la santé sont connues et reconnues (Evans, 2000). Le caractère imprévisible et le coût exorbitant de certains traitements placent le risque maladie hors de portée de la plus grande partie des familles et des individus. Le choix du patient devant la complexité de la maladie est restreint et lui impose dans une très large part de se fier à l'expertise scientifique du professionnel de la santé. L'état de nécessité et d'impuissance devant laquelle il se retrouve le place dans un état de vulnérabilité hors du commun. Ces spécificités placent les soins de santé dans une catégorie particulière de l'économie. De plus, à l'échelle d'un pays, environ 4 pour cent de la population encourt 50 pour cent des coûts de santé (D'Intignano, 1992) qui représentent en gros 10 pour cent du PIB des pays industrialisés, en faisant un des plus importants secteurs des économies avancées.

Il est clair dans ces conditions que la maximisation des chances de profits de l'industrie de la santé exige une importante intervention des pouvoirs publics, tant par son pouvoir de réglementation qui doit être mis au service d'un régime favorable à l'entreprise que par une contribution des fonds publics au fonctionnement de l'industrie. Or, pour l'instant, tant la loi

fédérale que les lois provinciales sur la santé interdisent justement les subventions publiques directes et indirectes à l'industrie de la santé (Flood et Archibald, 2001). L'élaboration d'aires de rentabilité pour l'entreprise dans le secteur de la santé exige par ailleurs que les pouvoirs publics prennent en charge les zones sinistrées du marché concentrées dans les segments défavorisés de la population.

Une relation étroite entre le service public et la fiscalité

Les grands domaines de services publics qui ont vu le jour au cours du XXe siècle se sont appuyés sur une profonde réforme de la fiscalité des États-nations qui se sont engagés sur cette voie (Ardant, 1972; Bouvier et Wolff, 1973). La structure de la fiscalité est étroitement liée à la viabilité des services qu'elle finance. Les revenus fiscalisés des deux niveaux de gouvernement ont depuis trente ans réussi à accorder à chaque citoyen un accès aux soins de santé sans égard à son statut socio-économique, entraînant une importante redistribution de la richesse.

L'équité d'un système de santé doit reposer sur un régime fiscal qui se caractérise également par son caractère équitable. Or, le régime fiscal canadien et des provinces s'est considérablement modifié au cours de la dernière décennie, notamment dans la mesure où le caractère progressif du régime a enregistré un recul (Lareau, 1998). La fragilisation de la structure fiscale transmet ses effets jusque dans le système de santé qu'il alimente. Plusieurs indices de la désolidarisation du régime fiscal se manifestent : la contribution des sociétés à la catégorie de l'impôt sur le revenu accuse un repli important (Sargent et coll., 1998), qui a été comblé en partie par l'instauration d'une taxe à la consommation de caractère régressif au niveau fédéral (TPS). Le Québec a instauré une politique d'exonération fiscale des entreprises qui touche une large part de l'industrie, dont la croissance économique peut désormais se faire à l'abri de l'impôt, y compris pour les contributions au Fonds des services de santé. Est apparu le mécanisme de la zone franche où l'industrie peut poursuivre ses activités en mettant ses revenus, ou une partie de ceux-ci à l'abri de l'impôt, pendant que certains individus ont maintenant droit à des régimes d'exception qui les exonèrent de leurs contributions fiscales (APFF, 2001).

Dans la mesure où la lutte aux déficits publics s'est accompagnée de modifications importantes dans la structure de la fiscalité canadienne, la tendance à la fracture fiscale et à la désolidarisation ne peut avoir qu'un impact négatif sur le financement du système de santé. La course à la compétitivité internationale des agents économiques entérinée par les États s'est traduite par des modifications majeures sur le plan fiscal qui ont réduit les ressources fiscales pouvant être consacrées aux services sociaux, pendant que les subventions à l'entreprise privée s'accélèrent.

Il faut reconnaître l'étroite relation qui se tisse entre les principes de la fiscalité et ceux qui régissent un programme aussi important que le système de santé. L'instauration du régime public de santé n'a pu se faire qu'au diapason d'une fiscalité progressive avec laquelle il partage les mêmes principes de solidarité. Les tendances récentes de désolidarisation prenant forme à l'intérieur des régimes fiscaux du pays ne peuvent qu'éveiller la crainte quant au maintien des principes de solidarité du système de santé protégés par la *Loi canadienne sur la santé*.

La pertinence de la *Loi canadienne sur la santé* à la lumière des opposants historiques à ses principes

Les régimes provinciaux de santé ne se sont pas mis en place avec la bénédiction de tous les secteurs de la société. L'industrie de l'assurance et les corporations professionnelles de médecins dont les pratiques étaient susceptibles d'être profondément modifiées ont été particulièrement actives pour monter une opposition organisée tout au long des discussions qui ont précédé l'instauration des régimes publics. L'industrie de l'assurance voyait un secteur de marché lui échapper, tandis que les médecins, qui d'une part pouvaient y voir leur bénéfice en raison de la sécurité de revenu qui en découlerait, craignaient un contrôle plus serré de leurs arrangements financiers, refusaient de devenir salariés de l'État et s'opposaient à l'interdiction de solliciter des frais plus substantiels de leur clientèle mieux nantie (Fuller, 1998). Une alliance s'est créée entre l'industrie de l'assurance et les corporations professionnelles de médecins pour mieux organiser l'opposition au régime public de santé qui a pris toutes les allures de l'appel à la croisade de la libre entreprise.

La stratégie d'opposition rapidement mise en place par l'alliance de l'industrie de l'assurance et des médecins fut de militer pour une forme de régulation qui procédait selon le principe de la subvention publique à l'assurance privée afin de permettre aux plus démunis d'obtenir une couverture privée grâce aux fonds publics. Les travaux de la Commission Hall avaient révélé qu'entre 54 et 76 pour cent de la population aurait requis une aide publique pour acheter sur le marché la couverture privée d'assurance (Canada, 1964). Devant la crainte de l'intervention régulatrice de l'État, l'alliance a aussi tenté de minimiser les tares les plus grossières du système. Plusieurs associations de médecins, de concert avec des hôpitaux ont mis sur pied des programmes d'assurance maladie à but non lucratif afin de répondre aux besoins criants d'une clientèle incapable de payer les primes régulières du marché. La Commission Hall qui a soigneusement analysé la situation a retenu la pertinence et la supériorité du modèle financé à même les impôts afin de corriger les distorsions multiples, les iniquités importantes et les coûts élevés des séquelles laissées par la segmentation du risque maladie par l'assurance privée, tant pour les coffres de l'État que pour le patient (Canada, 1964). La hâte à parer au pire est bien captée par le président de la *Ontario Medical Association* lorsqu'il dit en 1939 : « If we do not socialize ourselves and develop proper technique of service, governments will be forced to try their hand. » (Fuller, 1998, p. 32). Cette technique de préemption a temporairement porté fruit lorsque l'Alberta adoptait en 1963 un plan de subsides aux pauvres pour acheter une assurance privée (*Manningcare*). La méthode sera répétée pour contrer les demandes d'étendre le champ d'application de la *Loi canadienne sur la santé*, trente ans plus tard, comme en fait foi l'adoption en 1996 au Québec d'un régime d'assurance médicaments fondé sur la segmentation des risques (*Loi sur l'assurance-médicaments*, 1996; Soderstrom, 1996). Il ne faut pas oublier que l'adoption des régimes publics de santé a représenté une défaite pour l'industrie de l'assurance.

II. L'actualité de la *Loi canadienne sur la santé* à la lumière des solutions de rechange contemporaines

Les griefs contre la Loi canadienne

Puisque le gouvernement fédéral se retrouve aujourd'hui sur la défensive face aux multiples requêtes de modification ou de « modernisation » de la *Loi canadienne sur la santé*, il importe d'analyser la teneur des solutions de rechange avancées. Il faut d'abord constater que le ton monte. On n'hésite plus à ridiculiser ouvertement les principes de la Loi canadienne en les comparant, par exemple, aux *Tables de Moïse* (Leblanc, 2002*b*) ou au *bar ouvert* (Leblanc, 2002*a*). Le face à face entre le service public et les dogmes du marché en ce début de XXIe siècle révèle encore une fois sa haute charge idéologique.

L'objet de la Loi canadienne est bien ciblé : assurer la prestation de soins de santé à l'ensemble des Canadiens selon les principes du service public. La Loi canadienne présente des entraves importantes qui se sont montrées jusqu'ici efficaces contre tout projet qui s'éloignerait des principes du service public. C'est justement ce qui fait foi de son efficacité.

Il est important de rappeler que la fourniture de services par le secteur privé non seulement n'est pas interdite par la Loi canadienne ou les lois provinciales, mais qu'au contraire le secteur privé y joue déjà un rôle prépondérant avec une part significative (malheureusement non colligée par l'Institut canadien d'information sur la santé [ICIS]) des fonds publics de santé qui servent à payer les fournisseurs privés de biens ou de services médicaux. Les médecins de pratique privée comptent pour une large part des budgets de santé qui sont administrés par leurs récipiendaires selon les règles de l'entrepreneur qui gère son temps et son organisation de travail. Les médicaments qui accaparent une part croissante des coûts de la santé sont vendus par des entreprises dont la marge de profit compte parmi les plus élevées de tous les secteurs industriels confondus. Les laboratoires privés qui s'alimentent à même les budgets publics voient aussi leur part croître. Parler de monopole public dans le domaine de la santé semble trompeur lorsque le secteur privé filtre déjà une large part des 70 pour cent des dépenses publiques de santé en plus de compter pour 30 pour cent des dépenses totales de santé (ICIS, 2001). Comme le rappelle le professeur Evans : « The Canadian form of Medicare is not "socialized medecine" but rather "socialized insurance". » (Evans, 2000).

Ainsi faut-il identifier clairement la nature des empêchements qu'occasionne la Loi canadienne, ce qui devient plus limpide à la lumière des projets dans les cartons de certaines provinces. Les propositions qui émanent du Québec et de l'Alberta réclament une « modernisation » ou un assouplissement de la *Loi canadienne sur la santé*, qui visent essentiellement à forcer une plus grande participation du secteur privé, non seulement en termes de chiffre d'affaires total, mais surtout pour en modifier le rôle et la fonction. Bref, même si le secteur privé est présentement un acteur important dans la prestation des soins de santé au Canada, son mode de fonctionnement est pour l'instant compatible avec la Loi canadienne. Les exhortations à la « modernisation » de la *Loi canadienne sur la santé* visent à instaurer un mode de fonctionnement du secteur privé qui a peu en commun avec celui que nous connaissons et qui serait contraire aux prescriptions de la Loi canadienne.

Trois niveaux distincts de transformation du système de santé sont poursuivis : la privatisation accrue de la prestation des soins de santé (prestation par des entreprises), la privatisation du financement des soins de santé, et enfin, la privatisation des mécanismes d'intégration entre ces deux dimensions. Si, pour prendre un raccourci on dénomme « privatisation » une participation accrue du secteur privé à but lucratif dans les aires de service publics, le mécanisme se fait le plus souvent par les partenariats privés-publics.

Les projets des détracteurs de la *Loi canadienne sur la santé*

Les programmes politiques de l'Alberta et de l'Ontario (Ontario, 2000*a* et *b*) ne laissent subsister aucun doute quant à la volonté de réduire les aires de services publics (Leduc Browne, 2000). La situation est plus complexe à déchiffrer au Québec, dans la mesure où les orientations proposées et suivies contredisent souvent des affirmations officielles, elles-mêmes difficilement conciliables avec certains projets politiques en progression.

Pour illustrer le rôle central que joue aujourd'hui la *Loi canadienne sur la santé* pour protéger les soins de santé comme service public, les plans de l'Alberta et du Québec seront respectivement déchiffrés.

L'Alberta

Avec l'adoption en mai 2000 du *Health Care Protection Act* (*Health Care Protection Act*, 2000), (Bill 11, loi c. H-1), le gouvernement de Ralph Klein faisait connaître ses orientations quant à l'avenir du système de santé de l'Alberta. Si la rédaction complexe de la loi pouvait laisser planer certains doutes quant aux visées à plus long terme, le récent rapport du Groupe conseil présidé par D. Mazankowski (Alberta, 2001), approuvé par le gouvernement, en dissipe toute trace.

La loi albertaine présente un grand intérêt pour l'analyse de la croisée des chemins devant laquelle se retrouve aujourd'hui le gouvernement fédéral. Elle traduit une opposition idéologique assez radicale à la *Loi canadienne sur la santé*, en même temps qu'elle doit aspirer à en respecter les principes pour éviter une contravention trop évidente à ses prescriptions, appréhendant la vive opposition au projet exprimée par la population albertaine, et de crainte de déclencher les sanctions prévues au cas de non-respect.

Le *Health Care Protection Act* de l'Alberta ouvre la porte à un remodelage en profondeur du système de santé albertain et de ses principes sociaux fondamentaux, en dévoyant le concept de service public inscrit à la *Loi canadienne sur la santé*. Tant le financement que la prestation des soins de santé sont convertis et détournés au profit de l'entreprise à but lucratif. Pendant que la Loi canadienne se porte garante de l'étanchéité entre le financement et la prestation des soins, la loi albertaine au contraire, intègre et lie ces deux fonctions.

Au chapitre de la prestation des soins, apparaît un nouvel acteur : l'entreprise chirurgicale à but lucratif (*surgical facility*), qui peut fournir à la fois des soins financés par les fonds publics et des soins financés sur le marché. D'autre part, les hôpitaux publics qui fournissent des soins assurés et non assurés, doivent ouvrir leurs installations aux opérations à but lucratif.

Au chapitre du financement, il est mis fin à la fiscalisation complète du financement des soins de santé puisque la loi crée la notion de service ou bien amélioré (*enhanced medical service or good*) qui doit être acheté sur le marché tout en faisant l'objet d'une subvention substantielle de fonds publics à l'entreprise par le biais de deux mécanismes prévus par la loi. Le premier mécanisme tient à la cohabitation des services assurés et non assurés dans les mêmes établissements, tant à l'hôpital public que chez l'entreprise chirurgicale, avec toute la discrétion laissée aux gestionnaires de faire financer les services non assurés par les services assurés, sans compter l'ouverture structurelle aux abus et financements croisés, ou aux ristournes qui quittent le champ du contrôle public grâce à la flexibilité du contrat dont les termes et conditions peuvent varier au gré des parties négociantes. Le deuxième mécanisme repose sur les services accessoires (*facility services*), que la loi définit comme *médicalement nécessaires* [art. 29(g)], et qui pourraient donc bénéficier de fonds publics même lorsque fournis pour des soins non assurés, tout en permettant l'ajout de la surfacturation du patient devenu consommateur. La loi albertaine se traduit donc par un plan de subvention à l'entreprise chirurgicale à but lucratif par les fonds publics de la santé.

Le bien ou le service médical amélioré (*enhanced medical service or good*) sert de base à cette nouvelle structure où les dollars de la santé alimentent les entreprises à but lucratif. L'article 5 de la loi laisse entrevoir l'abîme devant lequel cette notion place le système de santé. Le médecin doit bien sûr informer le patient que le service amélioré donne lieu à des frais, mais surtout, le médecin doit lui expliquer que le service n'est pas médicalement nécessaire, mais qu'il est tout de même suggéré. On peut se demander pourquoi un médecin recommanderait un service ou un bien qui n'est pas médicalement requis. La notion n'a évidemment rien de scientifique, est étrangère au contrôle global des coûts de santé et ne vise pas l'amélioration des services aux patients. Son objectif est d'assurer la rentabilité de l'entreprise chirurgicale à but lucratif à l'aide d'un flux constant de dollars publics de la santé. L'exercice de distinction entre le soin médical amélioré et le soin nécessaire pris au cas par cas par le médecin [art. 29 (f)], sous réserve de la réglementation annoncée [art. 25(1) (h)], prête flanc aux pires dérives observées dans le système de santé américain. Cette structure cultive les situations de conflits d'intérêts pour un médecin coincé entre son rôle professionnel de conseil dans le meilleur intérêt du patient et son rôle qui découle de sa participation à une entreprise. La loi reconnaît ce danger puisqu'elle prévoit à son article 8(3)(g) que les mécanismes de monitoring des conflits d'intérêts et des enjeux éthiques sont un critère parmi plusieurs autres devant guider le ministre lorsqu'il approuve une entente signée entre une entreprise et le *Health Authority*. Le large pouvoir discrétionnaire de désignation des entreprises chirurgicales conféré au ministre [articles 7, 8, 13, 14 et 15], protégé par une clause privative [article 23], ne laisse présager rien qui vaille. Voilà bien une administration publique ramenée à son rôle classique du XIXe siècle, et dont le pouvoir s'exerce par la ratification d'une panoplie de contrats négociés à la pièce.

Les services de base financés par les fonds publics servent désormais à fournir un financement constant aux entreprises à but lucratif qui pourront y faire leurs frais face à une administration publique ramenée au statut de simple partenaire qui négocie par contrat. Les mêmes entreprises pourront par la suite faire leurs profits des services désassurés pour lesquels tous les frais fixes auront déjà été couverts par les fonds publics. Le scénario prévu à la loi albertaine est fort inquiétant, tant sur le plan de l'efficacité que de la saine gestion des fonds publics, sans compter la perversion du concept de service public qu'il instaure.

D'autres dispositions de la loi albertaine, dont une lecture superficielle pourrait laisser croire qu'elles visent à protéger la population de la province, sont aussi de puissants mécanismes de subvention à l'entreprise chirurgicale. L'article 5(6) de la loi prévoit, par exemple, que lorsque le service médical standard n'est pas disponible, le patient qui a par ailleurs refusé le service amélioré, y aura accès sans avoir à le payer. Les ententes contractuelles ne manqueront pas de prévoir que le *Health Authority* recueillera alors la facture de l'entreprise qui aura intérêt à réduire au minimum la disponibilité des services ou biens standards pour forcer le financement public de services améliorés. L'article 2 qui restreint les opérations chirurgicales majeures aux hôpitaux publics, doit se lire avec la liberté de l'entreprise chirurgicale à but lucratif de sélectionner par contrat les procédures assurées de son choix, en faisant l'occasion de diriger vers le secteur privé les interventions les plus lucratives.

La cohabitation au sein des mêmes établissements des services assurés et non assurés avec les mécanismes rappelés plus haut offre une structure non seulement propice mais inhérente au système à deux vitesses où l'argent et la couverture assurantielle privée d'un client donne priorité sur le citoyen dont la couverture se limite à l'assurance publique. L'interdiction de sauter la file d'attente de l'article 3 et sa pénalité maximale de 100 000 $ pourrait s'avérer bien futile lorsque la distinction entre le service assuré et non assuré repose sur l'offre du médecin au patient de profiter d'un service médical amélioré non médicalement requis qui n'est justement pas un service assuré au sens de l'article 3. Qui pourrait alors soutenir qu'il y a infraction à l'article 3?

Le programme de la loi albertaine suffirait sans doute à mettre en péril la viabilité du régime de santé public, tout en posant les bases juridiques de la rentabilité de l'entreprise chirurgicale à but lucratif. Le *Advisory Council on Health* du premier ministre albertain, prévu à la loi [articles 27 et 28] et dont le rapport a été rendu public le 8 janvier 2002 (Alberta, 2001, ci-après rapport Mazankowski) pousse encore plus loin les propositions structurelles et juridiques favorisant la rentabilité de l'industrie de la santé. Monsieur Klein a rapidement annoncé sa ferme intention d'y donner suite.

Le rapport Mazankowski, du même esprit que la loi qui lui a donné naissance, s'affirme encore plus clairement dans son opposition aux principes fondamentaux de la *Loi canadienne sur la santé*. Le principe central de la socialisation des coûts du système de santé y est écarté, même pour la portion des soins maintenue dans le régime public. L'objet principal du rapport Mazankowski est d'ajouter aux mesures prévues au *Health Care Protection Act* une autre panoplie de mécanismes qui assureront la viabilité de l'industrie de la santé et son financement par les fonds publics. Les auteurs du rapport admettent que leurs propositions ne vont pas réduire les coûts de santé à court terme (ni à long terme). Le rapport énonce clairement sa proposition de distinguer deux catégories de services de santé : les services essentiels pour ceux qui ne peuvent

pas payer de leurs poches et qui demeurent assurés par le régime public; et les nouveaux traitements et services, qui ne seront offerts qu'à ceux qui pourront se procurer une assurance supplémentaire ou qui pourront en défrayer directement les coûts.

Les membres du Comité ont sans doute reconnu le caractère épineux de la notion de *enhanced medical service* que la loi qualifie de médicalement non nécessaire. Ils réitèrent la voie proposée par le rapport Clair du Québec avec le rationnement du panier de services, pour en exclure les derniers traitements ou services, par un mécanisme de course vers le bas où les services couverts sont constamment menacés d'être retirés selon les disponibilités fiscales de la province.

Le rapport reconnaît prendre la direction d'un système de santé où la capacité de payer des citoyens devient critère de ségrégation dans l'accès aux services. Il escamote par contre le fait que les fonds publics servent à consolider la part du système qui ne sera accessible qu'à une portion congrue des citoyens. On peut regrouper les mesures stratégiques du rapport en quatre catégories.

Subventionner les assureurs privés et autres entreprises à but lucratif

Le rapport Mazankowski ramène sur la table les anciennes mesures et propositions qui avaient marqué l'opposition au régime public de santé au cours de la première moitié du siècle dernier, c'est-à-dire subventionner par des mesures publiques l'achat d'une couverture privée d'assurance (p. 54- 56). En soutenant par des mesures fiscales favorables l'épargne privée dédiée à la santé, le rapport privilégie l'accroissement des disparités entre les individus et l'acheminement des profits vers les systèmes financiers qui en reçoivent les dépôts. Le rapport suggère aussi que le *Medical Savings Account* (MSA) puisse servir à l'achat d'une couverture privée supplémentaire. La création du MSA, qui comptabilise sur une base individuelle les coûts de santé consommés par le citoyen, est une méprise totale quant aux principes de la Loi canadienne qui commande une socialisation du financement. Le projet de MSA où un montant égal de fonds publics est versé annuellement à chaque citoyen est en totale dissonance avec la répartition des coûts de santé à travers une population.

Même si l'augmentation vertigineuse des coûts administratifs générée par les propositions est signalée à quelques reprises à travers le rapport, la solution proposée est toujours la même : faire financer par les fonds publics les équipements nécessaires pour contenir cette augmentation favorable à l'entreprise privée. Le rapport souligne que des investissements massifs en nouvelles technologies de l'information, y compris la carte de débit santé, seront nécessaires pour gérer les mesures proposées.

Forcer le financement public des services privés

La garantie de service à l'intérieur de 90 jours est une mesure qui, contre toute apparence, favorise en premier lieu les fournisseurs à but lucratif de services vers qui le *Health Authority* se voit forcé de se tourner et de lui en payer les frais. De plus, le rapport suggère que la partie non

dépensée en fin d'année du MSA puisse servir à acheter des services privés. Cette mesure douteuse achemine encore une fois les fonds publics vers les coffres de l'entreprise à but lucratif.

Perversion de la fiscalité

Les auteurs du rapport Mazankowski ont bien saisi les liens étroits qui unissent la philosophie de la fiscalité à la vision sous-tendant les services qu'elle sert à financer. C'est en fait en modifiant les règles fiscales du financement des soins de santé que le projet albertain entend provoquer la transformation des principes de l'assurance santé, minimisant par la même occasion la confrontation avec les principes de la Loi canadienne. Le rapport suggère un financement public des soins de santé qui d'une part calque de plus en plus ses pratiques sur celles des sociétés privées d'assurance (*Variable premiums* et *Alberta Health Care Account*), et d'autre part, accroît le caractère régressif des perceptions fiscales (MSA et augmentation des *Health Care Premiums*). Le rapport propose également un pouvoir de taxation régional pour les *Health Authorities*, en accordant une exemption totale en faveur de l'industrie et des entreprises, au motif de ne pas favoriser les disparités locales (p. 30).

L'initiative albertaine de « modernisation » de la *Loi canadienne sur la santé* démontre une orientation qui ne devrait tromper personne quant à la volonté claire de rompre avec le concept de service public dans le domaine de la santé pour aménager une sphère de rentabilité pour l'industrie de la santé qui ne peut que produire ses effets néfastes quant à la ségrégation des populations face aux soins de santé.

Le Québec

Le Québec a été la dernière province canadienne à adopter un plan d'assurance publique intégral pour les services médicaux en 1970. Il a par contre profité de cette venue tardive en tirant les leçons appropriées et en adoptant un plan qui allait devenir un modèle pour le Canada, en interdisant explicitement les frais modérateurs et la surfacturation. La loi fédérale sera modifiée en 1984 pour inclure ces principes déjà en vigueur au Québec depuis plus de quinze ans. Le Québec a aussi été la province canadienne qui a le plus rapidement instauré des mesures efficaces de contrôle des coûts de santé, dans le plus grand respect de l'autonomie des professionnels de la santé, adoptées par la suite par d'autres provinces (Tuohy, 1999).

L'impression qui se dégage aujourd'hui des plans québécois plus récents, à la lumière du rapport Arpin (Québec, 1999), du rapport Clair (Québec, 2000), du régime d'assurance médicaments (*Loi sur l'assurance-médicaments*, 1996; Québec, 2001 [Rapport Montmarquette], *Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments*, 2002) et de l'avant-projet de loi sur la carte à microprocesseur (*Loi sur la carte santé,* 2001) révèle une orientation toute autre. Au lieu de se diriger vers une consolidation du régime public et d'accroître les mesures de contrôle public des dépenses de santé, à l'instar de l'Alberta, le Québec se dirige vers la deuxième approche esquissée au chapitre premier, qui est d'abandonner ou de diluer le concept de service public pour ouvrir la porte à l'assureur privé, par des mesures de soutien à l'entreprise privée et par une intégration des services publics aux services fournis et assurés par l'entreprise privée.

J'ai fait connaître ailleurs ma compréhension du programme qui se dégage des recommandations du rapport Clair, qui exhorte également à la « modernisation » de la *Loi canadienne sur la santé* (Prémont, 2001*a* et *b*) par le rationnement du panier de services publics. Le programme d'assurance médicaments du Québec, qui a déjà démontré son incapacité à contrôler la croissance des coûts et les déficits récurrents du régime, doit se comprendre comme mesure qui vise essentiellement à occuper le secteur de l'assurance médicaments au profit conjoint des assureurs privés, des compagnies pharmaceutiques et des entreprises de gestion informatique qui tirent avantage du système mis en place. Le récent rapport Montmarquette et le projet de loi amendant le régime confirment que ce modèle est celui qui fait faveur (Québec, 2001).

Loin de respecter les cinq principes de la *Loi canadienne sur la santé*, le programme de réforme des soins de santé qui s'esquisse exige au contraire l'ouverture du panier de services assurés et l'introduction d'un régime de santé amélioré dont les revenus sont dirigés vers l'entreprise et l'assureur privé.

Le projet d'implantation d'une carte à microprocesseur dans le système de santé indique également que le Québec pousse en direction d'une modification en profondeur des principes de service public des soins de santé. Le sens de l'avant-projet de loi intitulé *Loi sur la carte santé du Québec* s'éclaire lorsque lu en continuité avec les trois Mémoires des ministres de la Santé et des Services sociaux déposés devant le Conseil des ministres entre juin 2000 et décembre 2001 (Marois, 2000; Trudel, 2001*a* et *b*). Il en ressort que l'objectif poursuivi par l'avant-projet est d'établir les bases d'une infrastructure informationnelle qui permette de procéder à la modification en profondeur du système de santé québécois, vers une « évolution future » avec des « restrictions aux couvertures des services assurés » et de « nouvelles modulations de services pouvant inclure une complémentarité entre les partenaires publics et privés » qui débouche sur une « complexité des situations particulières qui sont négociées ». L'avant-projet de loi fait la distinction entre l'éligibilité à l'assurance fondée sur des critères de citoyenneté et la couverture d'assurances qui pourra varier d'un individu à l'autre, en contradiction flagrante avec le principe de l'universalité (art. 8, 2° de l'avant-projet de loi). Les Mémoires ministériels et la facture de l'avant-projet de loi préparent la mise en œuvre d'une infrastructure qui trouve sa justification dans un plan contraire aux principes actuels du régime public d'assurance hospitalisation et d'assurance maladie (Prémont, 2002). Une très grande proportion des Mémoires présentés en Commission parlementaire a présenté des objections de fond quant au projet (Centre de bioéthique, 2002 – voir Sites Web, p. 23).

L'objectif qui se dégage de l'ensemble de ces mesures, plans et projets est très bien décrit par le père du régime québécois d'assurance médicaments qui, reprenant l'une des recommandations centrales du rapport Clair, invite les pouvoirs publics québécois à étendre les prescriptions du régime d'assurance-médicaments, contraires aux principes de la *Loi canadienne sur la santé*, à l'ensemble du régime de santé (Castonguay, 2001). Si le Québec a pu en un temps inspirer la Loi canadienne, les plans ici esquissés y voient plutôt un empêchement de tourner en rond.

III. Conclusion

Les médecins ont historiquement joué un rôle important dans la lutte à l'instauration des régimes publics de soins de santé au Canada. Cette opposition a laissé des traces importantes dans les systèmes contemporains, où le paiement à l'acte en fait foi. L'effet incitatif sur la prestation des soins de ce mode de paiement est bien connu et plusieurs pays ont tenté d'y apporter un redressement, notamment avec l'introduction de la capitation et des enveloppes globales fixes pour les actes médicaux (Allemagne). Ces méthodes de contrôle des dépenses de santé, tout comme la réorganisation des soins de première ligne avec l'instauration des groupes de médecine familiale, sont valables et méritent l'attention de nos dirigeants provinciaux. Toutes peuvent être pratiquées dans le respect des principes de la Loi canadienne qui n'y pose aucun obstacle. Si les requêtes du Québec et de l'Alberta demandent la « modernisation » de la *Loi canadienne sur la santé*, c'est que l'objectif n'en est pas un de contrôle des dépenses totales de santé, mais visent plutôt le transfert des dépenses au profit de l'entreprise à but lucratif.

Les corporations professionnelles de la santé ont été l'allié historique de l'industrie de l'assurance lors des discussions qui ont précédé l'adoption du régime public. En raison de la modification des soins de santé, du développement technologique et du rôle accru des médicaments dans les plans de soins, l'industrie de l'assurance a aujourd'hui de nouveaux alliés dans sa lutte contre les régimes publics canadiens au sein des secteurs de la pharmacologie et de la gestion informatique et des télécommunications.

La réticence à la réglementation étatique est normale et ancienne dans la mesure où elle modifie l'étendue des privilèges exercés par certains secteurs d'activité. Par exemple, les médecins québécois se sont opposés à la fin du XIXe siècle à l'obligation qui leur était faite de certifier les causes de décès, la considérant comme une ingérence dans leur pratique professionnelle. Ils se sont aussi opposés à la déclaration obligatoire de certaines maladies contagieuses, en opposant le principe du secret professionnel (Guérard, 1996). L'histoire nous confirme pourtant l'utilité sociale de ces mesures. Le rôle du pouvoir public est d'analyser ces récriminations pour en mieux cerner la teneur.

L'analyse des propositions de rechange démontre qu'elles convergent toutes vers le même objectif : reformuler les principes juridiques des systèmes de santé canadiens de façon à assurer des aires de rentabilité pour l'industrie de la santé. Ces propositions de transfiguration mènent nécessairement à l'abandon du principe de l'universalité des services de santé, noyau dur de la *Loi canadienne sur la santé*. Les solutions de rechange promues par l'Alberta et le Québec visent le démantèlement ordonné de la plus importante réalisation de service public des provinces canadiennes. Les paroles du regretté sociologue français Pierre Bourdieu conviennent à la situation à laquelle font face aujourd'hui les pouvoirs publics et la population canadienne :

> C'est le propre des révolutions conservatrices, celle des années trente en Allemagne, celle des Thatcher, Reagan et autres, de présenter des restaurations comme des révolutions. La révolution conservatrice aujourd'hui prend une forme inédite (…). Cette révolution conservatrice d'un type nouveau se réclame du progrès, de la raison, de la science (l'économie en l'occurrence) pour justifier la restauration et tente ainsi de renvoyer dans l'archaïsme la pensée et l'action progressistes. (Bourdieu, 1998)

Dans ce bref survol des programmes de l'Alberta et du Québec qui comptent sur la récusation des principes de service public de la *Loi canadienne sur la santé* pour instaurer un régime contraire à l'intérêt public ramenant la société canadienne aux sérieux problèmes d'équité de la première moitié du XXe siècle, le gouvernement fédéral est appelé à jouer un rôle crucial en ne cédant pas aux récriminations conservatrices.

Bibliographie

Livres, chapitres de livres, rapports et mémoires

Alberta, 2001. *A Framework for Reform. Report of the Premier's Advisory Council on Health*. Sous la présidence de Don Mazanskowski, Edmonton.

APFF. 2001. *Les incitatifs fiscaux au Québec*. Documents du Colloque du 20 septembre 2001. Montréal, Association de planification fiscale et financière.

Ardant, Gabriel. 1972. *L'histoire de l'impôt. Du XVIII^e au XXI^e siècle*. Livre II. Paris, Fayard.

Berthod-Wurmser, Marianne (éd.). 1994. *La santé en Europe*. Paris, La documentation française.

Bouvier, Jean et Jacques Wolff (sous la dir.). 1973. *Deux siècles de fiscalité française XIX^e – XX^e siècle*. Paris, Mouton Éditeur.

Canada. 1964. *Rapport de la Commission Hall*. Ottawa, Commission royale sur les services de santé.

Collier, Ken. 1997. *After the Welfare State*. Vancouver, New Star Books.

Comité de surveillance. 2001. *Le consentement du patient au partage de ses informations cliniques dans le cadre du projet vitrine PRSA-Carte santé de Laval*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

D'Intignano, Béatrice Majnoni. 1992. Analyse des derniers développements et des réformes en matière de financement des systèmes de santé. Dans *Maîtrise des coûts et de la qualité des soins : les défis du financement des systèmes de santé*. N° 32 de la collection Études et recherches. Genève, Association internationale de la sécurité sociale. P. 11-31.

Forum national sur la santé. 1997. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier*. Ottawa, Santé Canada.

Fuller, Colleen. 1998. *Caring for Profit*. Vancouver, New Star Books.

Guérard, François. 1996. *Histoire de la santé au Québec*. Montréal, Boréal Express.

Hogg, Peter. 1988. Analysis of the New Spending Provision (Section 106A). Dans *Competing Constitutional Visions. The Meech Lake Accord*, sous la direction de Katherine E. Swinton et Carol J. Rogerson. Toronto, Carswell. P. 155-162.

ICIS. 2001. *Les soins de santé au Canada*. Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé.

Lajoie, Andrée, Patrick A. Molinari et Jean-Marie Auby. 1981. *Traité de droit de la santé et des services sociaux*. Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal.

Leduc Browne, Paul. 2000. *Unsafe Practices. Restructuring and Privatization in Ontario Health Care*. Ottawa, Canadian Centre for Policy Alternatives.

Lefebvre, Anne et Lee Soderstrom. 2000. *Le vieillissement de la population québécoise: conséquences sur le financement des dépenses publiques de santé*. Québec, Rapport présenté au Conseil du bien-être et de la santé. (Disponible sur le Web à : http://www.msss.gouv.qc.ca/csbe).

Maioni, Antonia. 1998. *Parting at the crossroads : The Emergence of Health Insurance in the United States and Canada*. Princeton, Princeton University Press.

Marois, Pauline. 2000. *L'implantation de la carte d'accès santé à microprocesseur et la contribution de la Régie de l'assurance maladie du Québec à la modernisation du système de santé et des services sociaux*. Mémoire au Conseil des ministres de la Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ontario. 2000*a*. *Regard sur le passé, regard vers l'avenir. Rapport de travail.* Commission de restructuration des services de santé. (Disponible sur le Web à : www.hsrc-crss.org.)

_____. 2000*b*. *Regard sur le passé, regard sur l'avenir. Plan d'action en sept points.* Commission de restructuration des services de santé. (Disponible sur le Web à : www.hsrc-crss.org.)

Prémont. 2002. *La Loi sur la carte santé du Québec : un affront à la souveraineté parlementaire et au principe constitutionnel de la rule of law*. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre de la consultation générale concernant l'avant-projet de loi intitulé Loi sur la carte santé du Québec, février 2002. (Disponible sur le Web à : http://www.law.mcgill.ca/faculty/memoire.premont.pdf.

Québec. 1999. *La complémentarité du secteur privé dans la poursuite des objectifs fondamentaux du système public de santé au Québec*. Rapport du Groupe de travail présidé par Monsieur Roland Arpin [Rapport Arpin], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

_____. 2000. *Les solutions émergentes. Rapport et recommandations.* Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidée par Monsieur Michel Clair [Rapport Clair], Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.

_____. 2001. *Pour un régime d'assurance médicaments équitable et viable*. Rapport préparé par le Comité sur la pertinence et la faisabilité d'un régime universel public d'assurance médicaments au Québec [Rapport Montmarquette], Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Gouvernement du Québec.

_____. 2002. *Le « pouvoir fédéral de dépenser »*. Rapport, annexe 2. Commission sur le déséquilibre fiscal [Rapport Séguin]. (Disponible sur le Web à : http://www.desequilibrefiscal.gouv.gc.ca.)

Sargent, John H. et coll. 1998. *L'évolution de la fiscalité des entreprises au Canada : données et estimations*. Document de travail 97-17, pour le Comité technique de la fiscalité des entreprises, Ministère des Finances, Ottawa.

Taylor, Malcolm G. 1987. *Health Insurance and the Canadian Public Policy : The Seven Decisions that Created the Canadian Health Insurance System and Their Outcomes*. Montréal, McGill-Queen's University Press.

_____. 1990. *Insuring National Health Care : The Canadian Experience*. Chapel Hill, University of North Carolina Press.

Trudel, Rémy. 2001*a*. *L'implantation de la carte d'accès santé à microprocesseur et la contribution de la Régie de l'assurance maladie du Québec à la modernisation du système de santé et des services sociaux*. Mémoire au Conseil des ministres du Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. (On peut en faire la demande auprès du Conseil du Trésor du Québec.)

____. 2001*b*. *Avant-projet de loi concernant la Loi sur la carte santé du Québec*. Mémoire au Conseil des ministres du Ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. (On peut en faire la demande auprès du Conseil du Trésor du Québec.)

Tuohy, Carolyn Hughes. 1999. *Accidental Logics. The Dynamics of Change in the Health Care Arena in the United States, Britain, and Canada.* New York, Oxford, Oxford University Press.

Articles de revues ou textes de communications

Bourdieu, Pierre. 1998. Le mythe de la mondialisation et l'État social européen. *Contre-feux.*

Choudhry, Sujit. 1996. The Enforcement of the Canada Health Act. *Revue de droit de McGill* 41, 461-508.

Deber, Raisa B. 2000. Getting what we pay for : myths and realities about financing Canada's Health Care System. *Health Law in Canada* 21 (2), 9-56.

Evans, Robert G. 2000. Reconsidering the Role of Competition in Health Care Markets: Canada. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 25 (5), 889-897.

Flood, Colleen M. et Tom Archibald. 2001. The illegality of private health care in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 164 (6), 825-830.

Frankman, Myron J. 1998. The Fight to Preserve Universal Social Programs: A Canadian Perspective on the Great Capitalist Restoration. *Journal of Economic Issues* 32, 489-496.

Jackman, Martha. 2000. Constitutional Jurisdiction over Health in Canada. *Health Law Journal* 8, 95-117.

Lareau, André. 1998. L'État coupable de la concentration de la richesse. *Les Cahiers de droit* 39, 161 176.

Morone, James A. 1992. Hidden Complications : Why Health Care Competition Needs Regulation. *American Prospect* 10, 40-48.

Prémont, Marie-Claude. 2001. « La rhétorique politique de l'informatisation du système de santé ». Colloque *L'informatisation des dossiers de santé : enjeux de droits, enjeux de société*, CAI et IRCM. (Disponible sur le Web à : http://www/ircm.qc.ca/bioethique/francais/telesante/forum/colloque_mai2001.html.)

Articles de journaux

Buzzetti, Hélène. 26 janvier 2002. « Santé: les provinces agiront sans Ottawa », *Le Devoir*, p. A-1.

Castonguay, Claude. 27 novembre 2001. « L'assurance-médicaments est-elle malade? », *La Presse*.

Leblanc, Gérald. 23 janvier 2002*a*. « Le problème politique numéro un au Canada », *La Presse*.

____. 24 janvier 2002*b*. « Arrêter de brandir les Tables de Moïse », *La Presse*.

Prémont, Marie-Claude. 27 février 2001*a*. « Le rapport Clair : le système de santé dans la mire des assureurs », *Le Devoir*, p. A9.

____. 28 février 2001*b*. « Le rapport Clair : vers une intégration des assurances privées et publiques? », *Le Devoir*, p. A9.

Soderstrom, Lee. 7 juin 1996. "L'assurance-médicaments: le plan Rochon vs un plan universel », *La Presse*.

Législation

Loi concernant les contributions pécuniaires du Canada ainsi que les principes et conditions applicables aux services de santé assurés et aux services complémentaires de santé [Titre abrégé : *Loi canadienne sur la santé*], L.R.C. 1985, c. C-6.

Loi sur l'assurance-médicaments, L.Q. 1996, c. 32, L.R.Q., c. A-29.01.

Health Care Protection Act, 2000, R.S.A., c. H-1; entrée en vigueur le 28 septembre 2000 par arrêté en conseil , O.C. 374/2000.

Loi sur la carte santé du Québec, 2001, avant-projet de loi, déposée par M. Rémy Trudel, Ministre de la Santé et des Services sociaux, le 19 décembre 2001.

Loi modifiant la Loi sur l'assurance-médicaments et d'autres dispositions législatives, projet de loi No. 98 présenté par M. François Legault, Ministre de la Santé et des Services sociaux, 2002.

Jurisprudence

Winterhaven Stables Ltd. c. *Attorney-General of Canada* [1988] 53 D.L.R. (4th) 413.

Renvoi relatif au Régime d'assistance publique du Canada [1991] 2 R.C.S. 525.

Eldridge c. *Colombie-Britannique (Procureur général)* [1997] 3 R.C.S. 624.

Site Web

Site de veille sur le projet de carte à microprocesseur dans le domaine de la santé au Québec : http://www.ircm.qc.ca/bioethique/francais/telesante/suppl_carte.html